Außerklinische Intensivpflege GmbH

ABTRETUNGSERKLÄRUNG

zusätzliche Betreuungsleistungen/ Entlastungsbeitrag

gemäß §45 b Absatz 1, 1a SGB XI

Hiermit trete ich

.....

(Vorname, Name des/der Versicherte/n)

.....

(Geburtsdatum) (Krankenversicherten Nummer)

meinen Anspruch auf den Erstattungsbeitrag gemäß §45 b Absatz 1, 1a SGB XI ab.

Die Leistungen werden erbracht von:

AKI Außerklinische Intensivpflege GmbH

Rathausstraße 2, 23909 Ratzeburg

Hiermit ermächtige ich bis auf Widerruf den Pflegedienst

AKI –Außerklinische Intensivpflege GmbH-

die Leistungen direkt mit dem Kostenträger abzurechnen.

....

Datum/ Unterschrift Versicherter Datum/ Unterschrift Pflegedienst