

Leistungsnachweis für Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI

für den Monat: _____ im Jahr: 2020

Name des zu Betreuenden: _____		Leistungserbringer*in IB Nordwestmecklenburg	
Adresse: _____		Familienunterstützender Dienst Hagenow Manuela Techentin-Saß, 03883/6180732 Lange Str. 94A 19230 Hagenow	
Pflegekasse: _____	Versichertenrnr: _____	Pflegegrad: _____	IK Nummer: 501305658
Angehörige*/ gesetzl. Betreuer*in: _____			Telefon: _____

Name der*des Helfenden: _____

Datum	Uhrzeit	Std.	Preis	Inhalt der Betreuung	Unterschrift Helfer*in
€			Ort, Datum:		

Bestätigung der*des Leistungserbrin

 Ort, Datum

 Unterschrift und Stempel

Bestätigung der Leistungsanspruchnahme / Abtretungserklärung der*des Versichert

Ich habe die im Leistungsnachweis dokumentierten Leistungen in Anspruch genommen und bestätige die Art und die Menge der genannten Leistung.
 Ich beauftrage die Pflegekasse, den sich auf der Grundlage der o.g. Einzelpreise ergebenden Gesamtbeitrag für die mir zustehenden Leistungen nach § 39 SGB XI o.g. Zeitraum an folgenden Leistungserbringer zu zahlen. Ich trete insoweit meine Ansprüche an den genannten Leistungserbringer ab.

IB Westmecklenburg, Familienunterstützender Dienst, Lange Straße 94 A, 19230 Hagenow

 Ort, Datum

 Unterschrift Versicherte*r oder Betreuer*in oder Bevollmächtigte*r