

ABRECHNUNG BETREUUNGSDIENST / LEISTUNGSNACHWEIS

Familie _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Betreuung für _____

Geburtsdatum _____

Zutreffendes ankreuzen: Privat versichert Selbstzahler

Pflegekasse - Verhinderungspflege

Pflegekasse – zus. Betreuungsleistungen § 45 b

versichert bei (Krankenkasse)

wird betreut von: _____

Versichertennummer: _____

Datum der Betreuung	Uhrzeit		Stunden	Fahrtkosten		Unterschriften	
	von	bis		<input type="checkbox"/> Privat PKW (0,30 €/km) <input type="checkbox"/> Öffentl. Verkehrsmittel KM	<input type="checkbox"/> Fahrrad (0,30 €/km) <input type="checkbox"/> Dienstauto €	Sorgeberechtigter	Betreuer/-in

Sachlich richtig: _____
Datum
Offene Hilfen