

Leistungsnachweis gem. § 105 SGB XI für Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI (Alltagsunterstützende Angebote)

Für den Monat:

im Jahr:

Auftraggeber*in:

Adresse: geboren am:

Leistungserbringer

Pflegekasse:

Versichertennr.:

Pflegegrad:

Bevollmächtigte*r/gerichtl. best. Betreuer*in:

Telefon:

Name des*der Mitarbeitenden/Ehrenamtlichen:

Ich habe die dokumentierten Leistungen in Anspruch genommen und bestätige die Art und Menge der genannten Leistungen.

Ort, Datum:

Unterschrift Klient*in, Bevollmächtigte*r, gerichtl. best. Betreuer*in:

Ort, Datum

Unterschrift Leistungserbringer*in (anleitende Fachkraft):