

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

Für den Monat:

Auftraggeber*in:

Adresse:

Pflegekasse:

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

Leistungserbringer

IK-Nummer:

Versichertenr.:

Pflegegrad:

Telefon:

Datum	Uhrzeit (von/bis)	Stunden	Preis	Leistungsinhalt	Name des*der Beschäftigten	Unterschrift Beschäftigte*r
			€	Ort, Datum:		

Name des*der Mitarbeitenden/Ehrenamtlichen:

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

Ort, Datum:

Ort, Datum