

Abtretungserklärung für Leistungen nach § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI
(alltagsunterstützende Leistungen)

Für den Monat:	im Jahr:
-----------------------	-----------------

Name, Vorname des zu Betreuenden:

Adresse: geboren am:

Pflegekasse:

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

Name des*der Mitarbeitenden/Ehrenamtlichen:

Leistungserbringer

IK-Nummer:

Versichertenr.: Pflegegrad:

Telefon:

☐ **Ich beauftrage die Pflegekasse, die mir zustehenden Leistungen nach § 45b SGB XI/§ 45a Abs. 4 SGB XI für den o.g. Zeitraum an folgenden Leistungserbringer zu zahlen. Ich trete insoweit meine Ansprüche an den genannten Leistungserbringer ab.**

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

Ort, Datum Unterschrift Leistungserbringer*in (anleitende Fachkraft):