

Abtretungsvereinbarung

Pflegekasse

Persönliche Angaben

Name

Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Ich erhalte von der Pflegekasse bei der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse Erstattungen der zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45b SGB XI.

Für die Dauer dieser Leistungen trete ich diesen Anspruch widerruflich an unten genannten Pflege- bzw. Betreuungsdienst in voller Höhe ab.

Name des Pflege- bzw.
Betreuungsdienstes: _____

Anschrift: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Vertreters des Pflege- / Betreuungsdienstes

