

# 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

