



Abtretungserklärung für § 45b SGB XI - Unterstützung im Alltag

Nachname: _____

Vorname: _____

Vers.Nr. _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Ich erteile eine Abtretungserklärung und mein Einverständnis, dass
J.A.Z. - Jung und Alt zusammen in Stadt und Landkreis Bayreuth e. V.
Eduard-Bayerlein-Straße 5
95445 Bayreuth

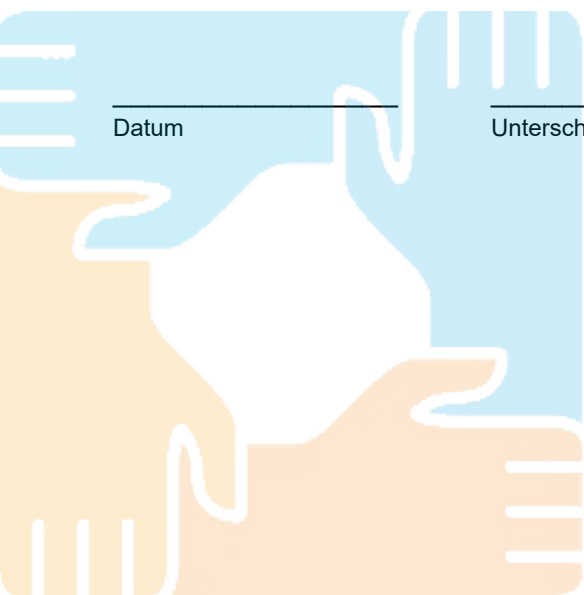
Institutionskennzeichen (IK)**500903536**

die Leistungen nach § 45a - Unterstützung im Alltag - direkt mit der Pflegekasse abrechnen darf.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift





Zusatzinformationen (zwingend notwendig für die Abrechnung mit der Pflegekasse)

Versichertennummer

Name des Versicherten

Pflegegrad und Datum der Bewilligung

Pflegegrad (zutreffendes bitte ankreuzen)

Datum der Bewilligung _____

☐ ☐ ☐ ☐ ☐

1 2 3 4 5

Name und Anschrift der Pflegekasse / Krankenkasse

Name der Pflegekasse

Anschrift

Postleitzahl

Ort

Name und Anschrift des Hausarztes

Name

Anschrift

Postleitzahl

Ort

