

Leistungsnachweis für Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI

für den Monat: _____ im Jahr: 2021

Name des zu Betreuenden: _____

Adresse: _____ geboren am: _____

Pflegekasse: _____ Versichertennr: _____ Pflegegrad: _____

Angehörige*r/ gesetzl. Betreuer*in: _____

Telefon: _____

Name der*des Helfenden: _____

Leistungserbringer*in:
 IB Ostmecklenburg
 Familienunterstützender Dienst Region LK Rostock
 Regionalleitung
 Strandstr. 106, 18055 Rostock
IK Nummer: 501305647

Datum	Uhrzeit	Std.	Preis (je Std./je einsatz)	Inhalt der Betreuung	Unterschrift Helfer*in
			€	Ort, Datum:	

Bestätigung der*des Leistungserbrin

 Ort, Datum

 Unterschrift und Stempel

Bestätigung der Leistungsanspruchnahme / Abtretungserklärung der*des Versichert

Ich habe die im Leistungsnachweis dokumentierten Leistungen in Anspruch genommen und bestätige die Art und die Menge der genannten Leistung.
 Ich beauftrage die Pflegekasse, den sich auf der Grundlage der o.g. Einzelpreise ergebenden Gesamtbeitrag für die mir zustehenden Leistungen nach § 39 SGB XI
 o.g. Zeitraum an folgenden Leistungserbringer zu zahlen. Ich trete insoweit meine Ansprüche an den genannten Leistungserbringer ab.

IB Ostmecklenburg, Familienunterstützender Dienst Strandstr. 106, 18055 Rostock

 Ort, Datum

 Unterschrift Versicherte*r oder Betreuer*in oder Bevollmächtigte*r