

Leistungsnachweis für Verhinderungspflege nach § 39 SGB XI

für den Monat: _____ im Jahr: 2020

Leistungserbringer*in
 IB Ostmecklenburg

 Familienunterstützender Dienst LK Rostock
 Antje Harloff, St.-Jürgen-Str. 4 - 8, 18195 Tessin
 Telefon: 0171 764 7086, Mail: fud-lkrostock@ib.d

IK Nummer: 501305647

Name des zu Betreuenden: _____

Adresse: _____ geboren am: _____

Pflegekasse: _____ Versichertenrnr: _____ Pflegegrad: _____ **IK Nummer: 501305647**

Angehörige*r/ gesetzl. Betreuer*in: _____ Telefon: _____

Name der*des Helfenden: _____

Datum	Uhrzeit	Std.	Preis	Inhalt der Betreuung	Unterschrift Helfer*in
			€	Ort, Datum:	

Bestätigung der*des Leistungserbrin

 Ort, Datum

 Unterschrift und Stempel

Bestätigung der Leistungsanspruchnahme / Abtretungserklärung der*des Versicher

- 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 f o.g. Zeitraum an folgenden Leistungserbringer zu zahlen. Ich trete insoweit meine Ansprüche an den genannten Leistungserbringer ab.

Familienunterstützender Dienst Landkreis Rostock

 Ort, Datum

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