



Abtretungserklärung für Entlastungsleistung

Name, Vorname _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

Telefon _____

Versicherungs-Nummer _____

Krankenkasse _____

Betreuer _____

Pflegegrad _____

meinen Anspruch auf den Entlastungsbetrag gern. § 45 SGB XI in Höhe von 125,00 € für in Anspruch genommene Entlastungen, dem leistungserbringenden Betreuungsdienst

HDK - Anke Krohmann, Postfach 20 12 13 in 46554 Voerde – IK 462 516 201

HDK - Anke Krohmann, Münchener Str. 88 in 47249 Duisburg

unter dem Vorbehalt des schriftlichen Widerrufs ab.

Eine Arbeitseinheit entspricht 60 Zeitminuten und wird mit 31,25 € berechnet, Fahrtkosten sind darin bereits enthalten.

Sofern das Budget der Krankenkasse ausgeschöpft ist, werden die angefallenen Kosten auf eigene Rechnung getragen.

Datum, Ort Unterschrift (Versicherte Person oder des gesetzlichen Vertreters)