

Anschrift der Kranken-/Pflegekasse:

Absender: _____

Versichertenr.: _____

Abrechnung erfolgter Pflegeleistung(en) im Rahmen der Verhinderungspflege

Wählen Sie bitte nur eine der beiden folgenden Situationen aus:

tageweise Verhinderungspflege (Pflegerperson war täglich 8 Stunden und mehr abwesend)

vom (Anfangsdatum)	bis (Enddatum)	Rechnungsbetrag (in €)

Gesamter Rechnungsbetrag: _____

stundenweise Verhinderungspflege (Pflegeperson war weniger als 8 Stunden täglich abwesend)

Datum	von – bis (Uhrzeit)	Stundenanzahl	Rechnungsbetrag (in €)

Gesamter Rechnungsbetrag: _____

Angaben zur Bankverbindung für die Erstattung

DE _____
IBAN

Name des Kontoinhabers

Unterschriften

Datum, Unterschrift der Vertretungskraft

Datum, Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten

Telefonnummer bei Rückfragen (optional)