

Dieses Formular überreicht Ihnen Ihr
Gesundheitsdienstleister:

pro vita

damit es Ihnen besser geht.

Pflegekasse

Antrag auf zusätzliche Betreuungsleistungen nach § 45 b SGB XI

Sehr geehrte Damen und Herren,

aufgrund der auf Dauer erheblich eingeschränkten Alltagskompetenz beantrage ich einen
Kostenzuschuss für zusätzliche Betreuungsleistungen:

Name/ Vorname des Pflegebedürftigen

Geburtsdatum/ PV-Nummer

Anschrift

Name/ Vorname des Betreuers/des Bevollmächtigten

Telefon

Anschrift

Den Erstattungsbetrag bitte ich auf das folgende Konto zu überweisen:

Kontonummer

Bankleitzahl

Name des Geldinstitutes

Kontoinhaber

Berlin, _____

Unterschrift des Leistungsnehmers/des Betreuers/
des Bevollmächtigten