

ABTRITTSERKLÄRUNG / LEISTUNGSNACHWEIS

ANMELDUNG für **Titel:**
Kursnr. **Datum:**

⇒ bitte nur bei Abrechnung über Kranken-/Pflegekasse ausfüllen

Name, Vorname: _____
Straße, Nummer: _____
PLZ/Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Telefon: _____
E-Mail: _____

Verhinderungspflege / zus. Betreuungsleistungen
Name/Adresse: _____

Abrechnung mit Kranken-/Pflegekasse /**bitte Abtrittserklärung ausfüllen** ⇒
 Verhinderungspflege (I) § 45 b zus. Betreuungsleistungen (I)
 ich habe keinen Pflegegrad bzw. keine Abrechnungsmöglichkeit mit der Pflegekasse (Preis II)

Betreuung im Zeitraum:

durch das Personal der Offenen Hilfen (FED / OBA) der Lebenshilfe e.V., Augsburg.

Wundversorgung / Erste Hilfe mit Medikamenten, die NICHT verschreibungspflichtig sind (bitte informieren Sie sich im Programmheft ausführlich!)
 Ich erlaube es Ich möchte das nicht.

Name/Adresse der Kranken-/Pflegekasse:

Ich werde zu Beginn hingebbracht: Brunnenschule Plärrer
Ich werde am Schluss abgeholt: Brunnenschule Plärrer

Versicherungsnummer: _____

Spezielle Hinweise für die Betreuer (Medikamente / Diät / Besondere Pflege)/ evtl. Rückseite verwenden:

Hiermit bevollmächtige ich die Lebenshilfe e.V. Augsburg, die erbrachten Leistungen im Rahmen der Verhinderungspflege / zus. Betreuungsleistungen **direkt mit der Kranken-/Pflegekasse abzurechnen.**

Taschengeld:(nur wenn gewünscht) _____ €

Datum, Unterschrift gesetzl. Betreuungsperson

Unterschrift ges. Betreuungsperson

