

# 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)

**geb. am** \_\_\_\_\_

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

**Betreuung im Zeitraum:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

durch das Personal der Offenen Hilfen (FED / OBA) der Lebenshilfe e.V., Augsburg.  
**Name/Adresse der Kranken-/Pflegekasse:**  
\_\_\_\_\_

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

**Versicherungsnummer:** \_\_\_\_\_

**Taschengeld:(nur wenn gewünscht)** \_\_\_\_\_ €  
\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift gesetzl. Betreuungsperson

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

