**Absender**

Name und Anschrift der Vertretungskraft

An die (Anschrift der Pflegekasse)

Ihr Schreiben vom

Versichertennummer

**Pflegerechnung für die Pflege von**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Name, Vorname und Adresse)

Bitte kreuzen Sie nur eine der beiden folgenden Situationen an:

* Die Pflegeperson war vollständig abwesend (täglich 8 Stunden und mehr). Die Pflege wurde in der Zeit vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ durchgeführt.
* Die Pflegeperson war stundenweise abwesend (weniger als 8 Stunden täglich). Die Pflege wurde wie

folgt durchgeführt: (gegebenenfalls bitte auch die Rückseite benutzen)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum | Datum | Datum | Datum | Datum | Datum |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Stundenzahl | Stundenzahl | Stundenzahl | Stundenzahl | Stundenzahl | Stundenzahl |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Für meine Bemühungen stelle ich der BARMER GEK – Pflegekasse insgesamt €  in Rech­ nung und bitte um Überweisung auf das folgende Konto:

Kontoinhaber

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geldinstitut

IBAN BIC

Ich habe bereits in diesem Kalenderjahr einen anderen Pflegebedürftigen gepflegt:

* nein
* ja, in der Zeit vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Für Rückfragen bin ich tagsüber telefonisch zu erreichen unter \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Angabe ist freiwillig)

Hiermit bestätige ich die vorstehenden Ausführungen.

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

