

KOSTENABRECHNUNG VERHINDERUNGSPFLEGE DAK

Name des Pflegebedürftigen : _____

Versicherungsnummer : _____

Angaben zur Verhinderungspflege :

Zeitraum der Verhinderungspflege : _____

Name und Anschrift der Vertretungsperson : _____

Leistungsbeschreibung und Abrechnung :

Datum	Leistungsbeschreibung	Dauer (Stunden)	Stundensatz (EUR)	Gesamt (EUR)

Gesamtbetrag

Erklärung :

Hiermit bestätige ich, dass die angegebenen Leistungen ordnungsgemäß erbracht wurden und die Abrechnung nach den Vorgaben der Verhinderungspflege gemäß § 39 SGB XI erfolgt ist. Mir sind die Vorgaben der DAK sowie die gesetzlichen Bestimmungen bekannt.

Ort und Datum : _____

Unterschrift Pflegebedürftiger oder Vertreter : _____

Unterschrift Pflegeperson / Leistungserbringer : _____

UNTERSCHRIFT PFLEGEBEDÜRFTIGER

UNTERSCHRIFT PFLEGEPERSON / ERBRINGER

Unterschrift : _____

Unterschrift : _____

Originalquelle dieses Dokuments:

<https://vorlagenfy.com/kostenabrechnung-verhinderungspflege-dak/>

War diese Vorlage für Sie hilfreich?

Weitere aktuelle Vorlagen finden Sie unter:

<https://vorlagenfy.com>

Mehr Vorlagen

Diese Vorlage ist ausschließlich für den persönlichen, nicht kommerziellen Gebrauch bestimmt.
Bei Weitergabe oder Veröffentlichung ist die Nennung der Quelle verpflichtend.

Diese Vorlage dient lediglich zur Orientierung und stellt keine Rechtsberatung dar.
Es wird empfohlen, sich im Einzelfall an eine fachkundige Rechtsberatung zu wenden.