

## **Patient:**

---

Name, Vorname

Geb. Datum

---

Straße, Hausnr.

---

PLZ, Wohnort

## **Pflegekasse:**

---

Name

Pflegestufe

---

Straße, Hausnr.

Datum der Einstufung

---

PLZ, Wohnort

---

Versicherungsnummer des Patienten

## **Angehörige(r) / Bevollmächtigte(er)**

---

Name, Vorname

Telefon

---

Straße, Hausnr.

---

PLZ, Wohnort

## **Abtretungserklärung**

Ich berechne die Fa. Haushaltsservice Fries IK Nr.: 08045R22A6,  
die Leistungen für den obengenannten Patienten mit der zuständigen  
Pflegekasse abzurechnen.

---

Datum

---

Unterschrift