

Leistungsnachweis nach §45a / §45b SGB XI

Name der pflegebedürftigen Person: Pflegekasse:	Versichertennummer: Monat / Jahr:
---	---

Datum	von	bis	Dauer	Tätigkeiten / Unterstützungsangebote im Alltag	Unterschrift

Summe Stunden / Monat: _____

Hinweis für die Pflegekasse:

Es handelt sich um anerkannte Unterstützungsangebote im Alltag gemäß §45a SGB XI. Die Abrechnung erfolgt über den Entlastungsbetrag nach §45b SGB XI. Bitte mit der beigefügten Rechnung abgleichen.

Ort / Datum: Unterschrift der leistungsberechtigten Person / Vertreter: _____	Unterschrift Anbieter (Cleanit Services): _____
--	---