Die Schwenninger Krankenkasse

Bitte zurück an:

Die Schwenninger Krankenkasse
78044 Villingen-Schwenningen

Rechnung Verhinderungs-Pflege

Vorname und Name des **Pflegebedürftigen**		Geburtsdatum
Vorname und Name der **Ersatzpflegekraft**	Telefon	Beruf
Anschrift		

Besteht ein Verwandtschafts-Verhältnis zur gepflegten Person? ☐ ja ☐ nein _____ Bei Ja: Wie verwandt?

Besteht eine häusliche Gemeinschaft zur gepflegten Person? ☐ ja ☐ nein

Die oben genannte Person habe ich an folgenden Tagen gepflegt und versorgt
(ggf. die Rückseite oder weitere Seiten benutzen):

Datum:	Stunden/Täglich:	Datum:	Stunden/Täglich:

Insgesamt wurden _____ Stunden geleistet x _____ € je Stunde = Gesamtbetrag _____ €

Vom Pflege-Bedürftigen bzw. dem gesetzlichen Vertreter auszufüllen (*zutreffendes bitte ankreuzen)

Meine Pflegeperson ist verhindert wegen: ☐* **Erholungsurlaub** ☐* **Krankheit**

☐* **sonstige Gründe stundenweise**

Je Rechnung ist nur 1 Verhinderungsgrund möglich, bitte ggf. weitere Rechnungsvordrucke verwenden.

☐* Ich möchte den Anteil der Kurzzeitpflege in Höhe von 806,00 Euro in Anspruch nehmen.

☐* Den Rechnungsbetrag habe ich bereits an die Ersatzpflegekraft bezahlt. Bitte überweisen Sie den

Anteil der Pflegekasse auf IBAN: BIC:

Name der Bank:

Kontoinhaber (Name und Anschrift):

☐* Den Rechnungsbetrag habe ich noch nicht gezahlt. Ich bin damit einverstanden, dass der Anteil der Pflegekasse direkt an die Ersatzpflegekraft gezahlt wird.

_____
Datum, Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Von der Ersatzkraft auszufüllen (*zutreffendes bitte ankreuzen)

☐* Hiermit bestätigte ich, dass ich den Rechnungsbetrag erhalten habe.
☐* Den Rechnungsbetrag habe ich noch nicht erhalten. Bitte überweisen Sie den Anteil der Pflegekasse

* Name der Bank:

IBAN: BIC:

Kontoinhaber:

_____
Datum, Unterschrift der Ersatzpflegekraft

49050601b