

Patient:

Name, Vorname

Geb. Datum

Straße, Hausnr.

PLZ, Wohnort

Telefon

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.: 460597897,
die Leistungen für den obengenannten Patienten mit der zuständigen
Pflegekasse abzurechnen.

Datum

Unterschrift