



KNAPPSCHAFT  
 Fachzentrum Pflege  
 45095 Essen

Ihre Kranken- und Pflegeversichertennummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bei Rückfragen/  
 Schriftwechsel bitte  
 unbedingt angeben!

Name, Vorname, Geburtsdatum der/des Versicherten

### Abrechnungsbogen für Leistungen der Verhinderungspflege durch Privatpersonen

- Tageweise Verhinderungspflege** mindestens 8 Stunden/Tag (z. B. Urlaub, sonstige Gründe)
- Stundenweise Verhinderungspflege** weniger als 8 Stunden/Tag (z. B. Arztbesuche oder Einkäufe)
- Bitte wählen Sie nur **eine** der beiden Situationen aus.

#### Zeitraum

vom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

bis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Bitte verwenden Sie diesen Abrechnungsbogen nur für **einen** Zeitraum. Für weitere Leistungszeiträume fordern Sie bitte einen neuen Abrechnungsbogen an.

Kosten für die Verhinderungspflege \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ Euro

Fahrkosten und/oder Verdienstaussfall \_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_ Euro  
 Bitte Nachweise (Fahrbelege, Verdienstaussfallbescheinigung o.ä.) beifügen



Die Kostenerstattung wird auf das uns bekannte Konto veranlasst.

#### Unterschrift

\_\_\_\_\_  
 Datum/Unterschrift der Ersatzpflegeperson

\_\_\_\_\_  
 Datum/Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten

**Bitte kopieren Sie diesen Abrechnungsbogen nicht.  
 Wenn Sie ein neues Erstattungsformular benötigen, rufen Sie uns gerne an!**

