

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G

20351 Hamburg

Private Pflegeversicherung Rechnung für Betreuungsangebote

Versicherungsnummer: _____

Versicherte Person: _____ Geb.-Datum: _____

Leistungserbringer/in

Name, Vorname: _____ Telefon: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Qualifikation zur Durchführung von Betreuungsangeboten

Pflegefachkraft ☐ ja ☐ nein Pflegekurs ☐ ja ☐ nein

Senden Sie uns bitte einmalig die entsprechenden Ausbildungsnachweise bzw. die Teilnahmebestätigung des Pflegekurses.

Baden-Württemberg (alternativ): Bestätigung der Kenntnis des Informationsangebotes der Pflegekassen über den Einsatz als einzelhelfende Person. ☐ ja ☐ nein

Nordrhein-Westfalen (alternativ): Bestätigung der Kenntnis des Informationsangebotes des Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz bzw. der in diesem Zusammenhang mit dem Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW erstellten Informationsbrochure zur Nachbarschaftshilfe. ☐ ja ☐ nein

Verwandtschaftsverhältnis / Wohnsituation zur versicherten Person:

Bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert? ☐ ja ☐ nein

In häuslicher Gemeinschaft lebend? ☐ ja ☐ nein

Persönlicher Bezug zur betreuten Person

Wieviele Personen werden betreut? _____ Personen

Hiermit stelle ich einen Betrag von _____ EUR in Rechnung. Dieser Betrag ergibt sich aus der Spezifikation der einzelnen Tätigkeiten auf der 2. Seite des Formulars.

Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. meine hier gemachten Angaben speichert und für die Prüfung ihrer Leistungspflicht verwendet. Mein Einverständnis kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

Ort, Datum

Unterschrift des Leistungserbringers

Rechnung Betreuungsangebote / Leistungsnachweis VNR:

Die in Rechnung gestellten Gesamtkosten setzen sich wie folgt zusammen:

[illegible]

Ort, Datum

Unterschrift pflegebedürftige Person/
gesetzlicher Vertreter

Unterschrift des Leistungserbringers