

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G

20351 Hamburg

Private Pflegeversicherung Rechnung für Verhinderungspflege

Versicherungsnummer: _____

Versicherte Person: _____ Geb.-Datum: _____

Grund der Verhinderungspflege

Meine Pflegeperson _____ (Name der pflegenden Person)

konnte die Pflege vom _____ bis _____

- stundenweise (weniger als acht Stunden täglich)
 vollständig (täglich acht Stunden oder mehr)

aus folgenden Gründen nicht durchführen:

- Urlaub/Krankheit
 sonstige Gründe: _____

Leistungserbringer/in (Ersatzpflegekraft)

Name, Vorname: _____ Telefon: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Verwandtschaftsverhältnis / Wohnsituation zur versicherten Person:

Bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert? ja nein

In häuslicher Gemeinschaft lebend? ja nein

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 pflegebedürftige Person/
gesetzlicher Vertreter

Unterschrift Ersatzpflegekraft

