

Abtretungserklärung/Schweigepflichtentbindung



Qualitätsmanagement-Dokumentation Wohnen Offene Hilfen
Lebenshilfe-Werk Kreis Waldeck-Frankenberg e. V.

Abtretungserklärung / Schweigepflichtentbindung

Hiermit trete ich den zusätzlichen Entlastungsbetrag bei erheblichem Betreuungsbedarf lt. § 45 b SGB XI, sowie für die Verhinderungspflege gem. § 39 SGB XI für

Name, Vorname:

geb.:

wohnhaft:

an den Familientastenden Dienst des Lebenshilfe-Werk Kreis Waldeck-Frankenberg e. V.
ab.

Gleichzeitig entbinde ich meine Krankenkasse/Pflegekasse gegenüber dem Familientastenden Dienst des Lebenshilfe-Werk Kreis Waldeck-Frankenberg e.V. von der Schweigepflicht, über den Stand der mir noch zur Verfügung stehenden Beträge in Bezug auf: Zusätzlicher Entlastungsbetrag (§45b SGB XI), Verhinderungspflege (§39 SGB XI) und Kurzzeitpflege (§42 SGB XI).

Beide Erklärungen gelten bis auf Widerruf.

Ort, Datum und Unterschrift: _____
(Versicherte/r)

Ort, Datum und Unterschrift: _____
(gesetzl. Vertreter)

32273FB_29A	Erstellt/geändert Datum/Name	Freigegeben Datum/Name	Seite
32273FB_29A Schweigepflichtsentbindung.doc	2017-02-15/SeR	2017-02-17/TBr	1 von 1