*Adressdaten der zuständigen Pflegekasse*

|  |
| --- |
|  |

**Rechnung § 45b Abs. 1 Satz 3 Nr. 4 SGB XI (Nachbarschaftshilfe)**

|  |
| --- |
| Name, Vorname des Nachbarschaftshelfenden:Anschrift des Nachbarschaftshelfenden:**Institutionskennzeichen (IK) des Nachbarschaftshelfenden:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Rechnungs-Nr.: |  |
| Rechnungsdatum: |  |
| Name, Vorname der/des Versicherten:  |  |
| Krankenversichertennummer:  |  |
| Leistungszeitraum (von-bis):  |  |
| Gesamtbetrag in EUR:  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Nachbarschaftshelfenden

**Anlage: Leistungsnachweis inkl. Abtretungserklärung**