

# Abtretungserklärung § 45 b SGB XI

Hiermit trete ich:

**Versicherter:**

Name/Vorname: Mustermann Max geb. am: 22.07.1931

Strasse: Musterstr.11

PLZ/ Ort: 33445 Musterstadt

Pflegekasse: AOK Hessen KV-Nr.: X232323

meinen Anspruch auf einen zusätzlichen Betreuungsbetrag gem. § 45b SGB XI in Höhe von \_\_\_\_\_ € für in Anspruch genommene zusätzliche Betreuungsleistungen aus dem Betreuungsvertrag mit:

**Leistungserbringer:**

Demo Pflegedienst  
Brönnnerstraße 17  
60313 Frankfurt am Main  
IK: 460444444

unwiderruflich/ unter dem Vorbehalt des schriftlichen Widerrufs ab. Der Leistungserbringer darf ab den \_\_\_\_\_ direkt mit Ihnen abrechnen.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherter

**Hiermit nehme ich (Leistungserbringer) die Abtretung an:**

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort/ Unterschrift des Leistungserbringer