Nachweis über geleistete Entlastungsleistungen nach § 45b SGB XI

Versicherungsnummer: _____

Versicherte Person/Pflegebedürftiger: _____

Die Entlastungsleistung wurde in diesem Zeitraum durchgeführt von:

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Ort _____

Datum	Dauer (h)	Betrag

Gesamtbetrag: _____

Unterschrift des Leistungserbringers: _____