0793

Vorname und Name des/der Pflegebedürftigen

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

Krankenversicherungsnummer

Postleitzahl

Ort

Telefon (freiwillige Angabe)

Pflegekasse bei der
AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
14456 Potsdam

Antrag auf Kostenerstattung von Aufwendungen im Rahmen des Entlastungsbudgets aus der Pflegeversicherung (§ 45b Elftes Buch, Sozialgesetzbuch – SGB XI)

Ich bitte um die Erstattung von folgenden Aufwendungen:

Zeitraum: vom ☐☐☐☐☐☐☐☐ bis ☐☐☐☐☐☐☐☐

Betrag: _____ EUR

Beschreibung der Aufwendung	**Bitte nur 1 Feld ankreuzen**
Leistungen eines **ambulanten Pflegedienstes**	☐
Leistungen von **anerkannten alltagsunterstützenden Angeboten (müssen hier gelistet sein:** **https://www.aok.de/pk/unterstuetzungsangebote-in-der-naehe**	☐
Leistungen im Rahmen der **Nachbarschaftshilfe** (nur möglich, wenn die jeweilige Landesverordnung dies vorsieht)	☐
Leistungen im Rahmen der **Tagespflege** (zum Beispiel Unterkunft/Verpflegung, Investitionskosten)	☐
Leistungen im Rahmen der **Kurzzeitpflege** (zum Beispiel Unterkunft/Verpflegung, Investitionskosten)	☐

Die konkrete Rechnung des Leistungserbringers ist als Anlage beigefügt.

Ich bestätige, dass ich die Leistungen wie in der Rechnung aufgeführt in Anspruch genommen und den Betrag an den Leistungserbringer gezahlt habe.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Betreuers/ Bevollmächtigten/ gesetzlichen Vertreters