

SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G

20351 Hamburg

## Private Pflegeversicherung Rechnung für Betreuungsangebote

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

### Leistungserbringer/in

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

### Qualifikation zur Durchführung von Betreuungsangeboten

Pflegefachkraft  ja  nein      Pflegekurs  ja  nein

Senden Sie uns bitte einmalig die entsprechenden Ausbildungsnachweise bzw. die Teilnahmebestätigung des Pflegekurses.

### Verwandtschaftsverhältnis / Wohnsituation zur versicherten Person:

Bis zum 2. Grad verwandt oder verschwägert?  ja  nein

In häuslicher Gemeinschaft lebend?  ja  nein

### Persönlicher Bezug zur betreuten Person

Werden mehr als zwei Personen betreut?  ja  nein

Hiermit stelle ich einen Betrag von \_\_\_\_\_ EUR in Rechnung. Dieser Betrag ergibt sich aus der Spezifikation der einzelnen Tätigkeiten auf der 2. Seite des Formulars.

Mir ist bekannt und ich bin damit einverstanden, dass die SIGNAL IDUNA Krankenversicherung a. G. meine hier gemachten Angaben speichert und für die Prüfung ihrer Leistungspflicht verwendet. Mein Einverständnis kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungserbringers

# Rechnung Betreuungsangebote / Leistungsnachweis VNR:

Die in Rechnung gestellten Gesamtkosten setzen sich wie folgt zusammen:

Datum	Zeitraum	Durchgeführte Tätigkeit	Kosten

Ort, Datum

Unterschrift pflegebedürftige Person/  
gesetzlicher Vertreter

Unterschrift des Leistungserbringers