



AMBULANTE PFLEGE
BARBARA DÜCKER

Barbara Dücker – Burgstraße 2 – 34286 Spangenberg

Ihr Zeichen _____ Unser Zeichen _____ Ihre Nachricht vom _____ Datum _____

Antrag auf Verhinderungspflege

Name: _____ **Vorname:** _____ **Vers.-Nr.:** _____

Anschrift: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

Hiermit beantrage ich in der Zeit vom _____ bis _____ die
Gewährung der Leistungen für eine Verhinderungspflege.

Die Verhinderungspflege wird übernommen von:

*Ambulante Pflege
Barbara Dücker
Burgstraße 2
34286 Spangenberg*

Ich bitte um schriftliche Genehmigung als Abrechnungsgrundlage für den Pflegedienst.

Hiermit erteile ich eine Abtretungserklärung und mein Einverständnis, dass der o.g.
Pflegedienst direkt mit der Pflegekasse abrechnen darf

Mit freundlichen Grüßen

Barbara Dücker

Unterschrift: _____