

## Abtretungserklärung

### Abtretung Erstattungsanspruch Leistungen nach §§ 39, 45b SGB XI

Hiermit trete ich, , (Versicherten-Nr.: ) geboren am , wohnhaft in ,  
widerruflich meinen Erstattungsanspruch für Leistungen nach §§ 39, 45b SGB XI in Höhe der  
jeweils in Anspruch genommenen und von meinem Pflegedienst,

**PmH - Pflege mit Herz,**

**T. Krieger & J. Ullmann GbR**

Bramfelder Str. 60a, 22305 Hamburg

**IK 460 201 489**

erbrachten Leistungen an diesen ab.

Er ist somit berechtigt, diese Leistungen direkt mit meiner Pflegekasse abzurechnen.

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Leistungsnehmers