

# Entlastungsbetrag (Zusätzliche Betreuungsleistungen) nach SGB XI §45b

---

Name der Pflegekasse/Krankenkasse

---

Straße

---

PLZ, Ort

Sehr geehrte Damen und Herren,

meine Alltagskompetenz ist erheblich und dauerhaft eingeschränkt. Daher nehme ich im Kalenderjahr 2020 Leistungen nach SGB XI §45b, die meinen erhöhten Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung abdecken sollen, in Anspruch.

Die zusätzlichen Betreuungsleistungen werden von der CONVIDA gemeinnützige GmbH, Rumbecker Str. 7, 59821 Arnsberg (IK-Nr.: 512 590 428) erbracht.

Ich trete von meinem Leistungsanspruch den jeweiligen Rechnungsbetrag an die CONVIDA gemeinnützige GmbH ab und beauftrage diese mit der Abrechnung der Leistungen.

## Versicherte/r

---

Vorname und Nachname

---

Versicherungsnummer

---

Straße

---

PLZ, Ort

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der/des Versicherten bzw. der gesetzlichen Vertretung