

BERGISCHE KRANKENKASSE
 Pflegekasse
 42715 Solingen

Bescheinigung der stundenweisen Verhinderungspflege für

Name, Vorname, Geburtsdatum und Versicherungsnummer des Pflegebedürftigen

Datum	Anzahl Stunden	Erstattungsbetrag
		€
		€
		€
		€
		€
		€
		€
		€
		€
		€
		€
	Gesamt:	Gesamt: €

Hiermit bestätige ich, _____, den Gesamtbetrag erhalten zu haben.
Name, Vorname, Geburtsdatum
 der Ersatzpflegeperson

Die Daten werden zur Erfüllung der Aufgaben nach § 284 Abs. 1 SGB V und § 94 Abs. 1 SGB XI verarbeitet. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie auf www.bergische-krankenkasse.de/datenschutz oder werden Ihnen auf Wunsch ausgehändigt. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die BERGISCHE KRANKENKASSE, 42715 Solingen oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@bergische-krankenkasse.de.

Datum, Unterschrift der Ersatzpflegeperson

Datum, Unterschrift der Pflegeperson