BERGISCHE KRANKENKASSE
42715 Solingen

Bescheinigung der zusätzlichen Entlastungsleistungen für

Herrn/Frau _____
Name, Vorname

_____
Anschrift

Kundennummer: _____

Monat	Tag	Uhrzeit	Stundenzahl	Erstattungsbetrag
			Gesamt:	

Hiermit bestätige ich _____den Betrag erhalten zu haben.
(Name der Pflegeperson)

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.

_____ _____
Unterschrift des Nachbarschaftshelfers Unterschritt des Pflegebedürftigen