



Vollmacht zur Abrechnung mit der Pflegekasse gemäß § 45b SGB XI

Hiermit bevollmächtige ich,

Name: _____

Anschrift: _____

Pflegekasse: _____

Versichertennummer: _____

die KriWi Dienstleistung GbR
Trollinger Straße 15
74251 Lehensteinsfeld

mich im Rahmen der haushaltsnahen Dienstleistungen nach § 45a SGB XI bei meiner Pflegekasse zu vertreten und die durchgeführten Leistungen gemäß § 45b SGB XI direkt mit der Pflegekasse abzurechnen.

Die Vollmacht umfasst insbesondere:

- die Einreichung von Leistungsnachweisen
- den Schriftverkehr mit der Pflegekasse
- die Entgegennahme von Abrechnungsbescheiden
- die Geltendmachung des Entlastungsbetrags

Diese Vollmacht gilt ab dem Datum der Unterzeichnung und kann jederzeit widerrufen werden.

Ort, Datum: _____

Unterschrift der Kundin / des Kunden: _____

Unterschrift Anbieter (KriWi Dienstleistung GbR): _____