

## Aufnahmebogen Betreute(r)

### Betreute(r):

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Strasse / Nr.

PLZ  Ort

Telefon

Email

Pflegegrad  seit

mit eingeschränkter Alterskompetenz

ohne eingeschränkter Alterskompetenz

wurden zusätzliche Betreuungsdienstleistungen nach § 45b SGB XI schon abgerechnet?

ja  bis wann:

nein

### Kontaktperson:

Nachname

Vorname

Telefon

Email

Strasse / Nr.

PLZ  Ort

Betreuer(in):

F.S.L.N. e.V. · Frans-Hals-Weg 5 · 40724 Hilden

Frans-Hals-Weg 5  
40724 Hilden

Telefon: +49 2103 9787780  
Mobil: +49 172 2647427

www.fsl-nrw.de  
info@fsl-nrw.de

Institutionskennzeichen:  
500501266

### Abtretungserklärung für § 45b SGB XI - niedrigschwelliges Hilfe- und Betreuungsangebot

#### Versicherungsnehmer:

Nachname	<input type="text"/>		
Vorname	<input type="text"/>		
Geburtsdatum	<input type="text"/>		
Vers.-Nr.	<input type="text"/>		
Strasse / Nr.	<input type="text"/>		
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>

#### Pflegekasse:

Name	<input type="text"/>		
Strasse / Nr.	<input type="text"/>		
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>		

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit erteile ich eine Abtretungserklärung und mein Einverständnis, dass der Verein

**Freies Selbstbestimmtes Leben Nordrhein-Westfalen e.V.**  
**Frans-Hals-Weg 5, 40724 Hilden**

die Leistungen nach SGB XI § 45b - zusätzliche Betreuungsleistungen - direkt mit der Pflegekasse abrechnen darf. Die Abtretungserklärung soll unbefristet gelten.

Mit freundlichen Grüßen

Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_