



BARMER Pflegekasse

[Redacted]

**Absender**

Name und Anschrift der Vertretungskraft

[Redacted]

Ihr Schreiben vom [Redacted]  
Versichertennummer [Redacted]

**Pflegerechnung für die Pflege von**

[Redacted] (Name, Vorname und Adresse)

Bitte kreuzen Sie nur eine der beiden folgenden Situationen an:

- Die Pflegeperson war vollständig abwesend (täglich 8 Stunden und mehr). Die Pflege wurde in der Zeit vom [Redacted] bis [Redacted] durchgeführt.
- Die Pflegeperson war stundenweise abwesend (weniger als 8 Stunden täglich). Die Pflege wurde wie folgt durchgeführt: (gegebenenfalls bitte auch die Rückseite benutzen)

Datum	Datum	Datum	Datum	Datum	Datum
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Stundenzahl	Stundenzahl	Stundenzahl	Stundenzahl	Stundenzahl	Stundenzahl
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Für meine Bemühungen stelle ich insgesamt € [Redacted] in Rechnung.

Die Kosten wurden bereits durch die/den Pflegebedürftige/n beglichen (bitte entsprechenden Nachweis – z. B. Quittung, Kontoauszug – beifügen).

Eine Kostenerstattung ist bisher nicht erfolgt. Der Betrag soll daher direkt an mich (Vertretungskraft) gezahlt werden.

**Kontoverbindung für die Erstattung:**

Kontoinhaber

[Redacted]

Geldinstitut

[Redacted]

IBAN

[Redacted]

BIC

[Redacted]

Ich habe bereits in diesem Kalenderjahr einen anderen Pflegebedürftigen gepflegt:

- nein
- ja, in der Zeit vom [Redacted] bis [Redacted]

Für Rückfragen bin ich tagsüber telefonisch zu erreichen unter [Redacted] (Angabe ist freiwillig)

Datum/Unterschrift der Vertretungskraft

[Redacted]

Hiermit bestätige ich die vorstehenden Ausführungen.  
Datum/Unterschrift der/des Versicherten bzw. der/des Bevollmächtigten

[Redacted]