Absender				
Empfänger				
		Ort und Dati	ım	
		Off and Batt	am	
Manaiah autan				
Versicherter Versichertennummer				
versichertennammer				
Abtretungserkläru	ıng zur Abtretung de	es Leisti	ungsansp	ruchs über den
Abtretungserklärung zur Abtretung des Leistungsanspruchs über den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI				
of the original of	,			
Sehr geehrte Damen un	d Herren,			
hiermit erteile ich die Abtretung des Leistungsanspruchs über den Entlastungsbetrag und				
gebe mein Einverständnis, dass				
Name und Anschrift				
den Entlastungsbetrag nach § 45b SGB XI direkt mit Ihnen abrechnen darf.				
Mit freundlichen Grüße	n			
Unterschrift des Pflegebedürfti	gen bzw. seines Bevollmächtigten			