

Leistungsnachweis für den Kostenträger (Formular I)

Monat _____ **20** _____

Bitte bis zum 10. des Nachmonats an den FuD senden

Familienunterstützender Dienst (FuD)

Verein GEMEINSAM LEBEN – GEMEINSAM LERNEN, Liedeweg 65,36093 Künzell

Betreuungsperson (Name)	KlientIn (Name, Wohnort)	Kostenträger (z.B. AOK/DAK/PKV o.a.)
--------------------------------	---------------------------------	---

Datum	Betreuung			Unterschrift KlientIn /Pflegerperson	Grund der Inanspruchnahme (z.B. private Termine/ Arztbesuch/Krankheit/ o.ä.)	Anzahl gef. km bzw. Fahrpreis ö. Vm.	Evtl. Pflegemaßnahmen						
	von	bis	h				K	WT	E	M	aPfl		
gesamt h		:			gesamt km/€								

Abtretungserklärung (entfällt bei privat Versicherten bzw. Selbstzahlern)

Der/die Klient/in bzw. Pflegerperson des/der Betreuten erklärt sich einverstanden, den auf der Rechnung ausgewiesenen Betrag direkt an den FuD auszuführen.

Für die Richtigkeit

.....
Betreuer/in

.....
Unterschrift der Familie bzw. Pflegerperson