

DIE BERGISCHE KRANKENKASSE Pflegekasse Postfach 19 05 40 42705 Solingen

## Bescheinigung der stundenweisen Verhinderungspflege für

Name, Vorname des Pflegebedürftig	en	Geburtsdatum	Versichertennummer	
Datum	Anzahl	Stunden	Erstattungsbetra	ag
				€
				€
				€
				€
				€
				€
				€
				€
				€
				€
	Gesamt:		Gesamt:	€
der Ersa Die Daten werden zur Erfüllung unsere erforderlich. Fehlende Mitwirkung kanr Datenverarbeitung und zu Ihren Recht	n nach § 66 SGB I zu Nach en finden Sie unter www.d sich an die BERGISCHE I	s. 1 SGB XI verarbei nteilen bei Leistungs ie-bergische-kk.de/c Krankenkasse, Post	den Gesamtbetrag erhalten z tet. Ihr Mitwirken ist nach §§ 60 - 62, 69 ansprüchen führen. Allgemeine Informa latenschutz oder werden Ihnen auf Wu fach 19 05 40, 42705 Solingen oder un	5 SGB I ationen zur insch
Datum, Unterschrift der Ersatzpflege	nerson			