

## **Abtretungserklärung der Leistungen nach §45b SGB XI**

### **Versicherungsnehmer**

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

### **Pflegeversicherung**

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

### **Abtretungserklärung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit trete ich meine Ansprüche auf Leistungen nach §45b SGB XI ab an:

Förderverein „Wi helpt“ e.V.

IK 460304940

Stader Str. 175, 21737 Wischhafen

Tel.: 04770 333 59 34

**Zusätzlich bevollmächtige ich den Förderverein „Wi helpt“ e.V. sich  
Auskünfte über das vorhandene Budget bei meiner Pflegekasse  
einzuholen.**

**Die Abtretungserklärung soll unbefristet gelten. Kann aber jederzeit mit Frist  
von einem Monat widerrufen werden.**

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des  
Versicherungsnehmers \_\_\_\_\_

## ***Verarbeitung und Erhebung personenbezogener Daten gemäß DSGVO***

*Im Rahmen unserer Betreuungsleistungen zur Entlastung und Unterstützung im Alltag, sind wir gezwungen Ihre Daten zu erheben und zu verarbeiten. Wir versichern Ihnen, dass der Schutz Ihrer Daten uns wichtig ist. Diese werden jedoch zur Abrechnung mit den Pflegekassen dringend benötigt. Wir speichern und nutzen diese Daten ausschließlich zur Abrechnung mit Ihrer Pflegekasse.*

*Unsere Mitarbeiterinnen wurden zur Verschwiegenheit und Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorgaben verpflichtet.*

*Ihre Daten können ausschließlich von berechtigten Personen gespeichert, eingesehen und bearbeitet werden.*

### ***Einwilligungserklärung***

*Ich, \_\_\_\_\_ willige ein, dass der Förderverein „Wi helpt“ e.V. im Rahmen der Seniorenhilfe Kehdingen meine personenbezogenen Daten speichert und diese im Zuge der Abrechnung mit meiner Pflegekasse verarbeitet.*

---

*( Ort, Datum )*

---

*( Unterschrift )*

### ***Widerrufsrecht***

*Sie können jederzeit ohne Angabe von Gründen der Verarbeitung Ihrer Daten widersprechen. Eine Abrechnung der Leistungen mit Ihrer Krankenkasse ist dann durch uns nicht mehr möglich.*

*Grundsätzlich erlischt die Speicherung Ihrer personenbezogenen Daten mit Ende des Vertrages über Entlastungsleistungen zur Unterstützung im Alltag*