



**Notaufnahme Unterlagen** (\*\*bitte an uns schnellmöglich einreichen)

**Sehr geehrter Neukunde,  
damit wir schnellmöglich Ihren Auftrag bearbeiten können,  
bitten wir folgendes zu tun:**

**1/ bitte fühlen Sie die Abtretungserklärung(\*\*nur wenn Sie möchten, dass wir die Leistungen direkt mit Ihrer P-Kasse abrechnen) sorgfältig aus, unterschreiben Sie diese dort wo der rote Feil steht, drucken Sie diese aus, scannen Sie es ein, und senden auf [hilfemitherz@gmx.de](mailto:hilfemitherz@gmx.de) zurück.**

*(alternativ können Sie es scharf abfotografieren und per WhatsApp oder SMS auf 0176-24914845 senden)*

**2/ bitte fühlen Sie die Vollmacht(\*\*nur wenn Sie möchten, dass wir direkt Kontakt mit Ihre P-Kasse aufnehmen) sorgfältig aus, unterschreiben Sie diese dort wo der rote Feil steht, drucken Sie diese aus, scannen Sie es ein, und senden auf [hilfemitherz@gmx.de](mailto:hilfemitherz@gmx.de) zurück.**

*(alternativ können Sie es scharf abfotografieren und per WhatsApp oder SMS auf 0176-24914845 senden)*

**3/ bitte fühlen Sie den Leistungsvertrag sorgfältig aus, unterschreiben Sie diesen dort wo der rote Feil steht, drucken Sie diesen aus, scannen Sie es ein, und senden auf [hilfemitherz@gmx.de](mailto:hilfemitherz@gmx.de).**

**Diesen erhalten Sie umgehend mit unserm Unterschrift zurück.**

*(alternativ können Sie es scharf abfotografieren und per WhatsApp oder SMS auf 0176-24914845 senden)*

***\*\*\*Sobald wir diese Unterlagen erhalten, wird Ihnen der geplante Einsatz bestätigt !!!***

**freundlichen Grüßen  
Ihr HILFE MIT HERZ  
Marius Dudek-Mackowski  
[www.hilfemitherz.eu](http://www.hilfemitherz.eu)**

**Kassenzugelassener  
Betreuungsdienst  
für qualifizierte, psychosoziale  
Betreuung und Beratung**

**Hilfe mit**



Ihr Wunsch ist unser Ziel

An die Pflegekasse

.....

.....

.....

.....

**HILFE MIT**   
Kassenzugelassener Betreuungsdienst  
für psychosoziale Betreuung und Beratung  
Finkensteg 39, 47495 RHEINBERG - BORTH  
Tel.: 02802-599054  
hilfemitherz@gmx.de  
www.hilfemitherz.eu

## Abtretungserklärung

Wenn Sie wünschen, dass der anerkannte Betreuungsdienst „Hilfe mit Herz“\* Finkensteg 39, \*47495 Rheinberg,\* Tel. 02802-5990544 die Kosten für die an Sie erbrachten Leistungen direkt mit Ihrer Pflegekasse abrechnet, fühlen Sie bitte die nachstehende Erklärung aus und geben dieses zur direkte Abrechnung der Leistungen mit Ihrer Pflegekasse bei uns zurück!

**Persönliche Angaben**

.....

Name	Vorname	Geboren am	Versicherung Nr.
.....	.....	.....	.....
Straße		BLZ ,Ort	Tel. Nr.
.....		.....	.....

**Erklärung des Versicherten**

Hiermit trete ich den Anspruch auf Erstattung:

- 1- Zusätzlichen Betreuungsleistungen nach § 45 B
- 2- Leistungen aus der Verhinderungspflege
- 3- Das Pflegegeld

.....20.....

Ort, Datum



.....

Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters

**Kassenzugelassener  
Betreuungsdienst  
für qualifizierte, psychosoziale  
Betreuung und Beratung**

**Hilfe mit**

Ihr Wunsch ist unser Ziel



An die Pflegekasse

.....

.....

.....

.....

**HILFE MIT**



Kassenzugelassener Betreuungsdienst  
für psychosoziale Betreuung und Beratung  
Finkensteg 39, 47495 RHEINBERG - BORTH  
Tel.: 02802-599054  
hilfemitherz@gmx.de  
www.hilfemitherz.eu

**Vollmacht**

**Persönliche Angaben**

.....

Name	Vorname	Geboren am	Versicherung Nr.
.....		.....	.....
.....		.....	.....

.....

Straße	BLZ, Ort	Tel. Nr.
.....	.....	.....

Hiermit bevollmächtige ich die Betreuungsfirma „**Hilfe mit Herz**“  
**Finkensteg 39, 47495 Rheinberg** in meinem Namen in allen  
Angelegenheiten die, die Leistungen und Rechnungen bei  
meiner Pflegekasse betreffen, tätig zu werden und alle dies  
betreffen Informationen zu erteilen.

Dies kann in der gleichen Wirkung geschehen, als ob ich  
persönlich gehandelt hätte.

.....

..... 20.....

Ort, Datum

↓  
.....  
Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzlichen Vertreters



## Leistungsvertrag

Zwischen:

Frau/Herrn.....,

vertreten durch:

..... als Auftraggeber

und

der Firma "Hilfe mit Herz" als Auftragnehmer.

### 1. Gegenstand

Dieser Vertrag regelt Inhalt, Umfang, Qualität und finanzielle Aspekte der Leistungen, welche der Auftragnehmer für den Auftraggeber erbringt.

### 2. Zweck

Der Auftragnehmer ist für die Betreuung, Beratung, Aufsicht und ggf. Pflegerischen Maßnahmen während der vereinbarten Betreuungszeiten verantwortlich.

### 3. Leistung

die Betreuung und Aufsicht wird durch qualifiziertes Personal gewährleistet. Leistungen anderer Art sind grundsätzlich möglich, müssen aber rechtzeitig besprochen und vertraglich aufgenommen werden. Leistungsvereinbarung siehe Punkt 8. des Vertrages.

### 4. Führung

Alle Leistungen des Auftragnehmers werden durch Mitarbeiter durchgeführt, die in den gewünschten Leistungen qualifiziert sind.



## 5. Finanzierung/ Vergütung

Die Leistungen werden 1x wöchentlich/monatlich zum Ende d.M mit einer schriftlichen Rechnung abgerechnet und sind umgehend auf das angegebene Konto des Auftragnehmers zu überweisen. Bei bestehenden Leistungen und unterschriebenen Abtretung für die Pflegekassen werden die Leistungen direkt mit der Pflegekasse abgerechnet.

Sollt kein Anspruch auf Entlastungsleistungen nach § 45B oder Verhinderungspflege, bei der P-Kasse bestehen, so verpflichtet sich der Auftragsgeber die Leistungen privat zu zahlen!

Der Auftragsgeber und Antragsnehmer haben sich bei dem Vertragsabschluss für den Preis von 28,00 Euro für jede ~~Stunde~~ geleistete ~~Stunde/Tag/Nacht/Monat~~ (inklusive alle Steuern und Gebühren) geeinigt.

Fahrgeld pro Einsatz beträgt 12,00 €, Zusatzfahrt beträgt 15,00 €

\*\*\*Zusatzfahrt = (Arztbesuche, Einkäufe, Spazierfahrten)

## 6. Vertragsdauer

Dieser Vertrag beginnt am .....2023 und gilt zuerst:

1/  bis .....2023

2/  nach Bedarf und Absprache (Minimum 2 Stunden pro Einsatz)

Im Hinblick auf eine Verlängerung oder Erneuerung des Vertrages nimmt der Auftragsnehmer mit dem Auftragsgeber spätestens bis Dezember.....2023 Kontakt auf.

## 7. Kündigung

Der Vertrag endet automatisch mit dem Tod des Auftragsgebers, sonst ist der jederzeit mit einer gegenseitigen Kündigungsfrist **-sofort-** kündbar (auch telefonisch). Wird er nicht vorzeitig gekündigt, endet er mit Vertragsablauf. Es bedarf keine Schriftform

## 8. Leistungsvereinbarung

- 1/ Betreuung und Aufsicht, eventuell kleine Körperpflege
- 2/ Inkontinenz Versorgung, Toilettengang, Essen/Trinken
- 3/ Überwachung von Medikamenten (keine Medigabe)
- 4/ sofortiger Kontakt mit Notarzt, Pflegedienst, Angehörigen
- 5/ Lagerbild nach Plan

## 9. Besondere Vereinbarungen

\* besondere Vereinbarungen

- ja  nein
- 1/ Wird der Einsatz kurzfristig abgesagt werden die gesamte
  - 2/ Einsatzstunden plus Fahrgeld in Rechnung gestellt,
  - 3/ Wird der Auftragsgeber in der Einsatzzeit verstorben werden diese mit geplanten Einsatzstunden in Rechnung gestellt.

Ort.....den.....2023

Auftragsgeber

Auftragsnehmer



.....

.....