



zurücksenden an:  
**DBV Deutsche Beamtenversicherung**  
**Krankenversicherung**  
**65172 Wiesbaden**

Leistungsempfänger:

BIC:  
 IBAN:  
 Kto.-Inh.:

Vers.-Nr.: \_\_\_\_\_

Geändertes Konto:

\_\_\_\_\_

BIC

\_\_\_\_\_

IBAN

## Aufstellung der angefallenen Kosten je pflegebedürftige Person

\_\_\_\_\_  
 Name der pflegebedürftigen Person

**Aktuelle  
 Pflegesituation:**  
 (bitte ankreuzen)

- häusliche Pflege durch Pflegedienst   
  häusliche Pflege durch Pflegeperson   
  häusliche Kombinationspflege   
  teilstationäre Pflege  
 vollstationäre Pflege

### Einzelaufstellung der Belege (Bitte beachten Sie die umseitigen Hinweise.)

Belege Pflegedienst (häusliche Grundpflege, auch Verhinderungspflege)	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag
	_____	_____	_____	_____
<b>Belege teilstationärer Einrichtungen</b>	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag
	_____	_____	_____	_____
<b>Belege vollstationärer Einrichtungen</b> (auch Kurzzeitpflege)	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag
	_____	_____	_____	_____
<b>Sonstige Belege</b> (z.B. Pflegehilfsmittel, technische Hilfen, Umbaumaßnahmen)	Betrag	Betrag	Betrag	Betrag
	_____	_____	_____	_____

Ich bitte um Zusendung von mehr als einem Erstattungsantrag

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

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