

# Abtretungserklärung

AurA, Aktives und rüstiges Altern gGmbH, Cappeler Straße 72, 35039 Marburg

AurA gGmbH  
Aktives und rüstiges Altern  
Name des Empfängers

Cappeler Straße 72  
Straße und Hausnummer

35039 Marburg  
PLZ und Ort

Adressen:

Tagespflege im Park  
Cappeler Straße 72, 35039 Marburg  
Telefon: 0 64 21 - 17 50 70 - 0  
IK - Zeichen: 510 653 011

Tagespflege am Teich  
Cappeler Straße 80, 35039 Marburg  
Telefon: 0 64 21 - 17 50 70 - 40  
IK - Zeichen: 510 601 699

Tagespflege an der Falkenstraße  
Falkenstraße 3, 35 287 Amöneb. - Mardorf  
Telefon: 0 64 2 9 - 826 97 - 24  
IK - Zeichen: 510 603 145

## Abtretungserklärung

Herr

Frau

.....  
Name

.....  
Adresse

.....  
PLZ und Ort

.....  
Geb. - datum

.....  
KV - Nr.

AurA gGmbH  
Aktives und rüstiges Altern gGmbH  
Cappeler Straße 72  
35039 Marburg

ab.

### Vollmacht und Schweigepflichtentbindung:

Ich erteile AurA gGmbH – unter Befreiung von Beschränkungen des § 181 BGB – Vollmacht, Anträge auf Kostenerstattung gemäß § 45b SGB XI für die im Rahmen der Tagespflege von AurA gGmbH erbrachten bzw. zu erbringenden Leistungen in meinem Namen zu stellen, zu ändern, zurückzuziehen, mir zustehende Leistungen in Empfang zu nehmen, Anträge auf dem Rechtswege zu verfolgen, insbesondere Rechtsmittel einzulegen und mich hinsichtlich der Erstattungsanträge umfassend außergerichtlich und gerichtlich zu vertreten. Zugleich entbinde ich die Pflegekasse gegenüber AurA gGmbH von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht betreffend alle Angelegenheiten, die für die Kostenerstattung gemäß § 45b SGB XI im Rahmen der Wahrnehmung vorstehenden Vollmacht von Bedeutung sind. Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die bedarfsgerechte Betreuung nach SGB XI „Tagespflege“, die für meine Belange wesentlich ist. Ich ermögliche hiermit insbesondere die Einholung und Übermittlung von Informationen oder Stellungnahmen. Diese Entbindungserklärung und die Vollmacht sind zu jedem Zeitpunkt widerrufbar. Ansonsten gelten sie über meinen Tod hinaus. Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie über die Folgen einer Verweigerung beraten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Gastes

\_\_\_\_\_  
Name d. gesetzl. Betreuers o. Bevollm.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. gesetzl. Betreuers o. Bevollm.

Bankverbindung:  
Sparkasse Marburg  
IBAN : DE08 5335 0000 0000 0 557 94

Handelsregister Marburg: HRB 4966  
Steuernummer: 20 25091180

Sitz der  
Gesellschaft:  
Marburg

Geschäftsführer:  
Dagmar Looch Wirth  
Hans R. Looch

# Abtretungserklärung

AurA, Aktives und rüstiges Altern gGmbH, Cappeler Straße 72, 35039 Marburg

AurA gGmbH  
Aktives und rüstiges Altern  
Name des Empfängers

Cappeler Straße 72  
Straße und Hausnummer

35039 Marburg  
PLZ und Ort

Adressen:

Tagespflege im Park  
Cappeler Straße 72, 35039 Marburg  
Telefon: 0 64 21-17 50 70-0  
IK-Zeichen: 510 653 011

Tagespflege am Teich  
Cappeler Straße 80, 35039 Marburg  
Telefon: 0 64 21-17 50 70-40  
IK-Zeichen: 510 601 699

Tagespflege an der Falkenstraße  
Falkenstraße 3, 35287 Amöneb.-Mardorf  
Telefon: 0 64 29-826 97-24  
IK-Zeichen: 510 603 145

## Abtretungserklärung

.....  
Name  
.....  
Adresse  
.....  
PLZ und Ort  
.....  
Geb.-datum  
.....  
KV - Nr.

AurA  
Aktives und rüstiges Altern gGmbH  
Cappeler Straße 72  
35039 Marburg

ab.

### Vollmacht und Schweigepflichtentbindung:

Ich erteile AurA gGmbH – unter Befreiung von Beschränkungen des § 181 BGB – Vollmacht, Anträge auf Kostenerstattung gemäß § 45b SGB XI für die im Rahmen der Tagespflege von AurA gGmbH erbrachten bzw. zu erbringenden Leistungen in meinem Namen zu stellen, zu ändern, zurückzuziehen, mir zustehende Leistungen in Empfang zu nehmen, Anträge auf dem Rechtswege zu verfolgen, insbesondere Rechtsmittel einzulegen und mich hinsichtlich der Erstattungsanträge umfassend außergerichtlich und gerichtlich zu vertreten. Zugleich entbinde ich die Pflegekasse gegenüber AurA gGmbH von ihrer gesetzlichen Schweigepflicht betreffend alle Angelegenheiten, die für die Kostenerstattung gemäß § 45b SGB XI im Rahmen der Wahrnehmung vorstehenden Vollmacht von Bedeutung sind. Anlass für die Notwendigkeit dieser freiwillig abgegebenen Erklärung ist die bedarfsgerechte Betreuung nach SGB XI „Tagespflege“, die für meine Belange wesentlich ist. Ich ermögliche hiermit insbesondere die Einholung und Übermittlung von Informationen oder Stellungnahmen. Diese Entbindungserklärung und die Vollmacht sind zu jedem Zeitpunkt widerrufbar. Ansonsten gelten sie über meinen Tod hinaus. Ich wurde ausführlich über Sinn und Zweck dieser Schweigepflichtentbindung sowie über die Folgen einer Verweigerung beraten.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. Gastes

\_\_\_\_\_  
Name d. gesetzl. Betreuers o. Bevollm.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift d. gesetzl. Betreuers o. Bevollm.

Bankverbindung:  
Sparkasse Marburg  
IBAN : DE08 5335 0000 0000 0 557 94

Handelsregister Marburg: HRB 4966  
Steuernummer: 20 25091180

Sitz der  
Gesellschaft:  
Marburg

Geschäftsführer:  
Dagmar Looch Wirth  
Hans R. Looch