

*Name, Vorname des/der Pflegebedürftigen
Straße, Hausnummer
PLZ Hamburg*

Versicherungsnummer:

Name der Krankenkasse

Adresse

Hamburg, *Datum*

■ **Mitteilung des Budgets aus § 45 b SGB XI**

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich Sie bitten, mir den aktuellen Saldo aus § 45 b SGB XI schriftlich mitzuteilen.

Für Ihre Mühe bedanke ich mich im Voraus.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift Pflegebedürftige/r, Betreuer/in oder Bevollmächtigte/r