

Ausfüllhilfe für die Formulare der Nachbarschaftshilfe

Hiermit erhalten Sie eine Zusammenfassung aller Formulare und eine Schritt-für-Schritt Anleitung, wie Sie als Nachbarschaftshelfende/r in Mecklenburg-Vorpommern die erbrachten Leistungen mit der Pflegekasse der pflegebedürftigen Person abrechnen können.

- 1. Die Registrierung als Nachbarschaftshelfende/r (einmalig)
- 2. Anleitung zum Ausfüllen des Leistungsnachweises
- 3. Anleitung zum Ausfüllen einer Rechnung
- 4. Adressdaten der zuständigen Pflegekasse heraussuchen

Bitte beachten Sie, dass eine Abrechnung erst nach Einreichen der vollständigen Unterlagen bei der Gesamtregistrierungsstelle der AOK Nordost möglich ist. Bei allen Fragen hilft Ihnen Ihr Pflegestützpunkt weiter.

1. Die Registrierung als Nachbarschaftshelfende/r (einmalig)

Sie haben die **Erklärung zur Erfüllung der Anerkennungsvoraussetzung für ehrenamtliche Nachbarschaftshilfe** im Grundkurs ausgefüllt und unterschrieben.

Sie haben Ihr Institutionskennzeichen bei der <u>Arbeitsgemeinschaft</u> <u>Institutionskennzeichen (ARGE IK)</u> beantragt. Nach Erhalt ergänzen Sie Ihr Institutionskennzeichen in der Erklärung.

Senden Sie die Erklärung zur Erfüllung der Anerkennungsvoraussetzungen zusammen mit der Teilnahmebestätigung am Grundkurs an das Postfach der Gesamtregistrierungsstelle: nachbarschaftshilfe_mv@nordost.aok.de

gemäß Landesver	ehrenamtliche Nachbar	ung im Alltag, ehrenamtliche Strukture g neuer Versorgungskonzepte und
Name	Vomame	Telefonnummer
E-Mail-Adresse		
	gkeit als Nachbarschaftshelfer/in au dkurs "Nachbarschaftshilfe" mit einem absolviert.	
		2
□ ja, am		□ nein

Stand: 04.04.2025 1 von 5



2. Anleitung zum Ausfüllen des Leistungsnachweises (je Kalendermonat)

Sie haben im Grundkurs einen **Leistungsnachweis** beispielhaft ausgefüllt.

Monat:	Jahr:	1	Name, Vorname sowie Anschrift der/des Nachbarschaftsheifer/in/s
kame, Vorname der/des Ver deboren am: unschrift: /ersichertennummer: *flegekasse:	2	Pflegegrad:	Institutionskennzeichen (IK):
ie in der Landesverordnung vurden wie folgt erbracht:	genannten Tätigkeiten		
Datum Stunden Stunden Anzam Stunden pro Monat	Kosten gesamt pro Monat		Bestätigung derides Nachbarschaftshelferiin/s Ich lebe mit d
Abtretung.	ierten Leistungen in Anspi gekasse, die mir zustehen	ruch genommen und bestätige	die Art und die Menge der genannten Leistungen. 38 XI für den o.g. Zeitraum an dielden im Leistungsnachweis genannteln Nachbarschaftshelfer/in zu zahlen. rlin ab.

Für **jeden Kalendermonat** mit erbrachten Leistungen muss jeweils **ein Leistungsnachweis** ausgefüllt werden:

- 1. Abrechnungsmonat und Jahr
- 2. Angaben zur pflegebedürftigen Person
 - Versichertennummer und Pflegekasse finden Sie auf der Versichertenkarte der Nachbarin/des Nachbarn.
- 3. Angaben zu Ihnen (Nachbarschaftshelfende/r) (Institutionskennzeichen (IK) nicht vergessen!)
- 4. Leistungseinheiten des jeweiligen Kalendermonats dokumentieren
 - Die Gesamtsumme muss auf die Rechnung übertragen werden.
- 5. Bestätigung durch Sie (Nachbarschaftshelfende/r)
 - Zutreffendes ankreuzen
 - Datum und Ihre Unterschrift
- 6. Bestätigung durch die pflegebedürftige Person
 - Zutreffendes ankreuzen
 - Datum und Unterschrift der Nachbarin/des Nachbarn

Stand: 04.04.2025 2 von 5



3. Anleitung zum Ausfüllen einer Rechnung (je Kalendermonat)

Sie haben im Grundkurs ein Rechnungsformular beispielhaft ausgefüllt.

	1	rift der/des Nachb		
Institutionskenn	zeichen (IK)):	20	
Adressdaten der zuständigen Pflege	kasse 2			
Rechnung § 45 b	Abs. 1 Satz	3 Nr. 4 SGB XI		
Rechnungs-Nr.:	3			
Rechnungsdatum		38		
Name, Vorname d	ler/des Versi	icherten:		
10 () 1				
KV-Nr.:	(von-bis):			
KV-Nr.: Leistungszeitraum	1			
	4	1 8		
Leistungszeitraum	100 260	10		T.
Leistungszeitraum	100 260			
Leistungszeitraum	100 260			2
Leistungszeitraum	100 260			ž
Leistungszeitraum	100 260			Š

Besondere Hinweise zum Ausfüllen:

- Ihr Name und Ihr Institutionskennzeichen (IK Nummer)
 Bitte nicht vergessen: Ändern sich Ihre Kontaktdaten, ist die Arbeitsgemeinschaft Institutionskennzeichen (ARGE IK) mit dem Formular Antrag auf Vergabe, Änderung oder Stilllegung eines IK zu informieren.
- 2. Zuständig ist die Pflegekasse Ihrer/es pflegebedürftigen Nachbarn/Nachbarin.
- 3. Die Rechnungsnummer setzt sich zusammen aus: Jahr/Monat/fortlaufende Nummer, zum Beispiel: 2025/01/01

Stand: 04.04.2025 3 von 5



4. Der Gesamtbetrag ist die Summe, die Sie auf dem Leistungsnachweis errechnet haben.

Bitte denken Sie daran, dass Sie für jede pflegebedürftige Person einen Leistungsnachweis und eine Rechnung pro Kalendermonat schreiben.

Betreuen Sie zwei pflegebedürftige Personen, dann ist für beide pflegebedürftige Personen jeweils ein Leistungsnachweis und eine Rechnung zu schreiben. Schicken Sie diese an die jeweilige Pflegekasse Ihrer Nachbarn.

4. Adressdaten der zuständigen Pflegekasse heraussuchen

Der Leistungsnachweis mit der dazugehörigen Rechnung muss an die Pflegekasse der pflegebedürftigen Person gesendet werden. Die Adresse einiger Pflegekassen finden Sie hier:

AOK Nordost – Die Gesundheitskasse	Rechnungsannahme Postfach 140252 14302 Berlin
IKK Nord	IKK – Die Innovationskasse Pflegekasse Lachswehrallee 1 23558 Lübeck
ВКК	Die Rechnungsadresse sollte bei der jeweils zuständigen BKK erfragt werden.
Techniker Krankenkasse (TK)	Techniker Krankenkasse 20905 Hamburg
BARMER	BARMER 42266 Wuppertαl
DAK-Gesundheit	DAK-Gesundheit Postzentrum 22788 Hamburg
Kaufmännische Krankenkasse - KKH	KKH Kaufmännische Krankenkasse 30125 Hannover

Stand: 04.04.2025 4 von 5



Handelskrankenkasse (hkk)	hkk Krankenkasse 28185 Bremen
HEK - Hanseatische Krankenkasse	HEK - Hanseatische Krankenkasse Pflegezentrum Wandsbeker Zollstr. 86-90 22041 Hamburg

Sollten Sie die Adresse einer anderen Pflegekasse benötigen, erfragen Sie diese bitte beim Kundenservice der zuständigen Pflegekasse.

Stand: 04.04.2025 5 von 5