

Änderungsmitteilung

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse

Vorname Name des/der Pflegebedürftigen

Versichertennummer

Bitte bei Änderungen diese Mitteilung zurücksenden an:

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse
Unternehmenssteuerung
Geschäftsbereich Pflege GZ: II.2.2.4
GZ: II.2.2.4
Friedrich-Ebert-Str. 49
45127 Essen

Meine Anschrift hat sich geändert/
wird sich ändern ab:

Ich verziehe in ein
Pflegeheim am:

Ich verziehe ins
Ausland am:

Datum

Neue Anschrift/Name und Anschrift des Pflegeheimes/neue Anschrift im Ausland

Mein/e bisherige/r Pflegeperson/Pflegedienst pflegt mich nicht mehr seit:

Ich werde von einer/m

anderen

weiteren Pflegeperson/Pflegedienst gepflegt.

Name, Anschrift und Geburtsdatum der Pflegeperson oder Name und Anschrift des Pflegedienstes

Ich habe Beihilfeansprüche ab:

Name und Anschrift der Beihilfestelle

Ich habe Pflegeleistungen des Unfallversicherungsträgers beantragt am:

Ich erhalte Pflegeleistungen des Unfallversicherungsträgers ab^{*1}:

Ich erhalte der Höhe nach veränderte Pflegeleistungen des Unfallversicherungsträgers ab^{*1}:

Name und Anschrift des Unfallversicherungsträgers/Aktenzeichen

Ich habe Pflegeleistungen des Versorgungsamtes oder einer anderen Behörde beantragt am:

Ich erhalte Pflegeleistungen des Versorgungsamtes oder einer anderen Behörde ab^{*1}:

Ich erhalte der Höhe nach veränderte Pflegeleistungen des Versorgungsamtes oder einer
anderen Behörde ab^{*1}:

Name und Anschrift der Behörde/Aktenzeichen

Ich habe Pflegeleistungen bei einem ausländischen Sozialleistungsträger beantragt am:

Ich erhalte Leistungen zur Pflege eines ausländischen Sozialleistungsträgers ab^{*1}:

Ich erhalte der Höhe nach veränderte Pflegeleistungen des ausl. Sozialleistungsträgers ab^{*1}:

Name und Anschrift des ausländischen Leistungsträgers/Aktenzeichen

Ich wünsche eine Änderung der Leistungsart ab:

Pflegegeld

Pflegesachleistung**

Kombileistung**

teilstationäre Pflege**

vollstationäre Pflege**, da keine
Pflegeperson vorhanden/bereit
ist, mich zu pflegen

** Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung, ansonsten Name, Geburtsdatum, Rentenversicherungsnummer und Anschrift der Pflegeperson

Erklärung: Ggf. zu viel gezahltes Pflegegeld ist von mir zurückzuzahlen.

Ort und Datum

Unterschrift des Pflegebedürftigen/des gesetzlichen Vertreters

***1 Bitte eine Kopie des Bescheides beifügen.**

Seite 1 der Änderungsmitteilung
Gedruckt aus dem Internet