

VIActiv Pflegekasse  
Zentraler Posteingang  
45064 Essen

## WOHNUMFELDVERBESSERENDE MAßNAHME

|                                                                                                                                              |                              |                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
|                                                                                                                                              |                              |                                 |
| Name                                                                                                                                         | Straße, PLZ Ort              | Versichertennummer              |
| Telefon*                                                                                                                                     | Mobil*                       |                                 |
| E-Mail*                                                                                                                                      |                              |                                 |
| <b>(Wichtig) Beschreiben Sie die Umbaumaßnahme:</b>                                                                                          |                              |                                 |
|                                                                                                                                              |                              |                                 |
|                                                                                                                                              |                              |                                 |
|                                                                                                                                              |                              |                                 |
|                                                                                                                                              |                              |                                 |
| <b>Die geplante Maßnahme wird durchgeführt</b>                                                                                               |                              |                                 |
| <input type="checkbox"/> in der von mir gemieteten Wohnung / in dem von mir gemieteten Haus                                                  |                              |                                 |
| <input type="checkbox"/> in der / dem in meinem Eigentum befindlichen Wohnung / Haus                                                         |                              |                                 |
| <input type="checkbox"/> in dem Haushalt, in dem ich aufgenommen worden bin (zum Beispiel Sohn, Tochter)                                     |                              |                                 |
|                                                                                                                                              |                              |                                 |
| Name, Anschrift, Telefonnummer* des Eigentümers                                                                                              |                              |                                 |
| <b>Wurde bereits im Vorfeld eine Hilfsmittelversorgung ausprobiert?</b>                                                                      |                              |                                 |
| <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche:                                                                           |                              |                                 |
| <b>Ich erhalte Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit:</b>                                                                                     |                              |                                 |
| <input type="checkbox"/> nach dem Bundesversorgungsgesetz<br>(hiermit sind nicht die Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung gemeint) |                              |                                 |
| <input type="checkbox"/> aus der gesetzlichen Unfallversicherung                                                                             |                              |                                 |
| <input type="checkbox"/> aus öffentlichen Kassen aufgrund gesetzlich geregelter Unfallversorgung oder -fürsorge                              |                              |                                 |
| <b>In meinem Haushalt leben weitere pflegebedürftige Personen:</b>                                                                           |                              |                                 |
| <input type="checkbox"/> Nein                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Ja: |                                 |
|                                                                                                                                              |                              | Name, Vorname; Geburtsdatum     |
|                                                                                                                                              |                              |                                 |
|                                                                                                                                              |                              | Name, Anschrift der Pflegekasse |

**Datenschutzhinweise:**

Die VIActiv Krankenkasse, Universitätsstr. 43, 44789 Bochum, verarbeitet personenbezogene Daten zur Erfüllung ihres gesetzlichen Auftrags als Sozialversicherungsträger. Dies ist insbesondere im Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe e der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) geregelt. Weitere Informationen gemäß der Artikel 12 ff. DS-GVO finden Sie in unseren „Informationen zum Datenschutz“, die Sie unter [viactiv.de/datenschutz](http://viactiv.de/datenschutz) oder in einem unserer Service-Center einsehen können. Gerne senden wir Ihnen die Informationen auch per Mail ([service@viactiv.de](mailto:service@viactiv.de)) oder per Post zu – einfach unter der 0800 222 12 11 kostenfrei anrufen.

Mit einem \* (Sternchen) gekennzeichnete Angaben sind freiwillig, sie erleichtern uns zum Beispiel Rückfragen oder dienen zur Beratung. Sie werden vertraulich behandelt und können jederzeit widerrufen werden. Wir informieren Sie gerne, wie wir Ihre Daten schützen.

Datum

Unterschrift