

ÄNDERUNGSMITTEILUNG FÜR DIE PFLEGE

Pflegebedürftige Person

Vorname

Nachname

Versichertennummer

Pflegeperson

Vorname

Nachname

Straße

Hausnummer

PLZ

Ort

UMFANG DER PFLEGE

<input type="checkbox"/>	Ich habe meine Pflegetätigkeit beendet.	Datum Ende der Pflegetätigkeit
--------------------------	---	--------------------------------

<input type="checkbox"/>	Ich habe meine Pflegetätigkeit unterbrochen.	Zeitraum der Unterbrechung vom bis	Grund der Unterbrechung (z. B. Krankheit, Urlaub usw.)
--------------------------	--	--	---

<input type="checkbox"/>	Es gab Änderungen am wöchentlichen Pflegeaufwand.	Änderung seit dem	Neuer wöchentlicher Pflegeaufwand (in Stunden)
	Der wöchentliche Pflegeaufwand ist hierbei auf folgende Wochentage verteilt:	<input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag	

<input type="checkbox"/>	Ich pflege noch eine weitere pflegebedürftige Person (Pflegegrad 2–5). (Sollten Sie weitere pflegebedürftige Personen pflegen, geben Sie diese bitte ebenfalls an.)	Beginn der weiteren Pflegetätigkeit	Wöchentlicher Pflegeaufwand der weiteren Pflegetätigkeit (in Stunden)
	Der wöchentliche Pflegeaufwand ist hierbei auf folgende Wochentage verteilt:	<input type="checkbox"/> Montag <input type="checkbox"/> Dienstag <input type="checkbox"/> Mittwoch <input type="checkbox"/> Donnerstag <input type="checkbox"/> Freitag <input type="checkbox"/> Samstag <input type="checkbox"/> Sonntag	
	Name, Vorname der weiteren pflegebedürftigen Person	Geburtsdatum der weiteren pflegebedürftigen Person	Versichertennummer der weiteren pflegebedürftigen Person
	Straße und Hausnummer der weiteren pflegebedürftigen Person	PLZ und Ort der weiteren pflegebedürftigen Person	Pflegekasse der weiteren pflegebedürftigen Person
Anschrift der Pflegekasse der weiteren pflegebedürftigen Person			

ANDERE / WEITERE PFLEGEPERSONEN

<input type="checkbox"/>	Es ist keine weitere Pflegeperson mehr im Haushalt der pflegebedürftigen Person tätig.	Datum Ende der Pflegetätigkeit der weiteren Pflegeperson
--------------------------	--	--

<input type="checkbox"/>	Es ist eine weitere Pflegeperson im Haushalt der pflegebedürftigen Person tätig.	Datum Beginn der Pflegetätigkeit der weiteren Pflegeperson
	Name, Vorname der weiteren Pflegeperson	Geburtsdatum der weiteren Pflegeperson
	Straße und Hausnummer der weiteren Pflegeperson	PLZ und Ort der weiteren Pflegeperson

<input type="checkbox"/>	Ich habe eine Beschäftigung / selbstständige Tätigkeit aufgenommen.	Beginn der Erwerbstätigkeit	Wöchentliche Arbeitszeit
--------------------------	---	-----------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	Meine regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit hat sich geändert.	Änderung ab	Neue wöchentliche Arbeitszeit
--------------------------	---	-------------	-------------------------------

<input type="checkbox"/>	Ich habe meine Beschäftigung / selbstständige Tätigkeit aus folgendem Grund beendet bzw. unterbrochen:		
<input type="checkbox"/>	Beendigung der Erwerbstätigkeit	Ende der Erwerbstätigkeit zum	
	Nach dem Ende der Erwerbstätigkeit erhalte ich folgende Leistungen (z. B. Arbeitslosengeld, gesetzliche Rente, keine Leistungen etc.):	Leistung nach Ende der Erwerbstätigkeit (Bitte fügen Sie einen Nachweis bei.)	
<input type="checkbox"/>	Beginn der passiven Altersteilzeit (Freistellungsphase)	Beginn der Freistellungsphase (Bitte fügen Sie einen Nachweis bei.)	
<input type="checkbox"/>	Elternzeit	Beginn und Ende der Elternzeit (Bitte fügen Sie einen Nachweis bei.)	Geburtsdatum des Kindes, für das Elternzeit in Anspruch genommen wird.

RENTENBEZÜGE

Altersrente

<input type="checkbox"/>	Ich beziehe eine Vollrente wegen Alters / Pension wegen Alters / eine vergleichbare Altersversorgung.	Beginn Rente / Pension / Altersversorgung
<input type="checkbox"/>	Ich beziehe eine Teilrente nach dem Flexirentengesetz.	Beginn der Teilrente

Erwerbsminderungsrente

<input type="checkbox"/>	Ich beziehe eine Erwerbsminderungsrente.	Beginn der Rente
<input type="checkbox"/>	Meine Erwerbsminderungsrente endet.	Ende der Rente

UMZUG

<input type="checkbox"/>	Ich bin umgezogen. Meine neue Anschrift lautet:	
	Straße und Hausnummer	PLZ und Ort

SONSTIGES

<input type="checkbox"/>	Ich möchte Ihnen folgende Änderungen mitteilen:

VIActiv Pflegekasse
Zentraler Posteingang
44775 Bochum

