

Änderungsmitteilung

AOK Rheinland/Hamburg
Die Gesundheitskasse
Pflegekasse

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

45127 Essen

Pflegebedürftiger

Versichertennummer

Meine Anschrift hat sich geändert/ändert sich ab dem [] .

Ich verziehe am [] in ein Pflegeheim.

Ich verziehe am [] ins Ausland.

[]
Neue Anschrift/Name und Anschrift des Pflegeheimes

Mein/e bisherige/r Pflegeperson/Pflegedienst pflegt mich nicht mehr seit dem [] .

Ich werde ab dem [] von einer/m anderen Pflegeperson/Pflegedienst gepflegt.

Ich werde ab dem [] von einer/m weiteren Pflegeperson/Pflegedienst gepflegt.

[]
Name, Anschrift der Pflegeperson/des Pflegedienstes

Ich habe ab dem [] Beihilfeansprüche.

[]
Name und Anschrift der Beihilfestelle

Ich habe am [] Pflegeleistungen des Unfallversicherungsträgers beantragt.

Ich erhalte ab [] Pflegeleistungen des Unfallversicherungsträgers.*

Ich erhalte ab [] Pflegeleistungen des Unfallversicherungsträgers in veränderter Höhe.*

[]
Name, Anschrift des Unfallversicherungsträgers/Aktenzeichen

***Bitte Kopie des Bescheides beifügen.**

Bitte wenden

- Ich habe am Pflegeleistungen des Versorgungsamtes/einer anderen Behörde beantragt.
- Ich erhalte ab Pflegeleistungen des Versorgungsamtes/einer anderen Behörde.*
- Ich erhalte ab Pflegeleistungen des Versorgungsamtes/einer anderen Behörde in veränderter Höhe.*

Name, Anschrift der Behörde/Aktenzeichen

***Bitte Kopie des Bescheides beifügen.**

- Ich habe am Pflegeleistungen bei einem ausländischen Sozialleistungsträger beantragt.
- Ich erhalte ab Pflegeleistungen eines ausländischen Sozialleistungsträgers.*
- Ich erhalte ab Pflegeleistungen eines ausländischen Sozialleistungsträgers in veränderter Höhe.*

Name, Anschrift des ausländischen Leistungsträgers/Aktenzeichen

***Bitte Kopie des Bescheides beifügen.**

Ich wünsche eine Änderung der Leistungsart ab

- Pflegegeld Pflegesachleistungen Kombinationsleistung
- Teilstationäre Pflege Vollstationäre Pflege

Name/Anschrift der Pflegeeinrichtung/der Pflegeperson/des Pflegedienstes

***Bitte Kopie des Bescheides beifügen.**

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

Ort, Datum

Unterschrift des Pflegebedürftigen/des gesetzlichen Vertreters

Unter bestimmten Voraussetzungen übernehmen wir Beiträge zur Renten- und Arbeitslosenversicherung für Pflegepersonen. Die Höhe der zu zahlenden Beiträge für einen Pflegeperson richtet sich nach dem geleisteten Pflegeumfang und dem Pflegegrad des Pflegebedürftigen. Änderungen in der Art der Pflegeleistungen und dem Umfang der Pflegetätigkeit haben Einfluss auf die Höhe dieser Beiträge und können gegebenenfalls zu deren Einstellungen führen.

Datenschutzhinweis

Die Daten werden zur Erfüllung unserer Aufgaben nach § 94 Abs. 1 SGB XI zum Zwecke Leistungsgewährung nach §§ 28, 28a SGB XI erhoben und verarbeitet. Ihr Mitwirken ist nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen z. B. bei den Leistungsansprüchen führen. Empfänger Ihrer Daten können im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter aok.de/rh/datenschutzrechte oder stellen wir Ihnen auf Wunsch zur Verfügung. Bei Fragen wenden Sie sich an die AOK Rheinland/Hamburg, Kasernenstr. 61, 40213 Düsseldorf, oder unseren Datenschutzbeauftragten unter datenschutz@rh.aok.de.