VIACTIV Krankenkasse

Änderungsmitteilung für die Pflege

Pflegebedürftige Person

Vorname

Nachname

Versichertennummer

Pflegeperson

Vorname

Nachname

Straße | Hausnummer

PLZ | Ort

Umfang der Pflege

☐	Ich habe meine Pflegetätigkeit beendet.	Datum Ende der Pflegetätigkeit	
☐	Ich habe meine Pflegetätigkeit unterbrochen.	Zeitraum der Unterbrechung vom bis	Grund der Unterbrechung (z. B. Krankheit, Urlaub usw.)
☐	Es gab Änderungen am wöchentlichen Pflegeaufwand	Änderung seit dem	Neuer wöchentlicher Pflegeaufwand (in Stunden)
	Der wöchentliche Pflegeaufwand ist hierbei auf folgende Wochentage verteilt:	☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag ☐ Samstag ☐ Sonntag	
☐	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:	☐ Montag ☐ Dienstag ☐ Mittwoch ☐ Donnerstag ☐ Freitag ☐ Samstag ☐ 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

☐	Es ist keine weitere Pflegeperson mehr im Haushalt der pflegebedürftigen Person tätig.	Datum Ende der Pflegetätigkeit der weiteren Pflegeperson
☐	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

#YDCMI29035@

VIACTIV Krankenkasse

☐	Ich habe eine Beschäftigung / selbstständige Tätigkeit aufgenommen.	Beginn der Erwerbstätigkeit	Wöchentliche Arbeitszeit

☐	Meine regelmäßige wöchentliche Arbeitszeit hat sich geändert.	Änderung ab	Neue wöchentliche Arbeitszeit

☐	Ich habe meine Beschäftigung / selbstständige Tätigkeit aus folgendem Grund beendet bzw. unterbrochen:		
	☐ 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 Erwerbs - tätigkeit (Bitte fügen Sie einen Nachweis bei.)
	☐ Beginn der passiven Altersteilzeit (Freistellungsphase)	Beginn der Freistellungsphase (Bitte fügen Sie einen Nachweis bei.)	
	☐ Elternzeit	Beginn und Ende der Elternzeit (Bitte fügen Sie einen Nachweis bei. -	Geburtsdatum des Kindes, für das Elternzeit in Anspruch genommen wird

Rentenbezüge		
Altersrente		
☐	Ich beziehe eine Vollrente wegen Alters / Pension wegen Alters / eine vergleichbare Altersversorgung	Beginn Rente / Pension / Altersversorgung
☐	Ich beziehe eine Teilrente nach dem Flexirentengesetz.	Beginn der Teilrente

Erwerbsminderungsrente		
☐	Ich beziehe eine Erwerbsminderungsrente.	Beginn der Rente
☐	Meine Erwerbsminderungsrente endet	Ende der Rente

UMZUG		
☐	Ich bin umgezogen. Meine neue Anschrift lautet:	
	Straße und Hausnummer	PLZ und Ort

SONSTIGES	
☐	Ich möchte Ihnen folgende Änderungen mitteilen

#YDCMI29035@

Datum

Unterschrift der Pflegeperson

VIACTIV Krankenkasse

VIACTIV Pflegekasse
Zentraler Posteingang
44775 Bochum