

Bitte per Post oder Fax an:

Inkontinenz-Änderungsbeleg

H+DG

Sperling 2 (Reisgang)
85276 Pfaffenhofen a. d. Ilm

Fax: +49 (8441) 2799 - 129

1. Datenblatt

Absender: _____ **Kunden-Nr.:** _____
_____ **E-Mail:** _____

Änderungsmeldung für Patient (Daten der Versichertenkarte)

Name: _____ **Karte gültig bis:** _____
Geburtsdatum: _____
Versicherter: _____ **Geburtsdatum:** _____
Krankenkasse: _____ **Kassennr.:** _____
Versicherungsnr.: _____ **Status (5-st.):** _____

Zahlungsbefreiung: nein
 ja (Befreiungsdatum: _____)
wichtig: Befreiungsausweis in Kopie beilegen!

2. Änderungsmeldung

Der Inkontinenz-Leistungsanspruch entfällt:

- vorübergehender Aufenthalt des Patienten außerhalb des Heimes (z. B. Krankenhausaufenthalt etc. - **Mindestdauer 1 Monat**):
von _____._____._____ bis _____._____._____
- Genesung, Heimauszug, Tod oder _____ am _____._____._____

Anmerkung:

Ort, Datum

Unterschrift

Bearbeitungsvermerk
(wird von der H+DG ausgefüllt)

Änderungen übernommen: _____._____._____ durch _____