



Handels- und Dienstleistungsgesellschaft
des Bayerischen Roten Kreuzes mbH
Ledererstraße 10
85276 Pfaffenhofen / Ilm

Inkontinenz-Änderungsbeleg

Fax: +49 (8441) 2799 - 129

1. Datenblatt

Absender: _____ Kunden-Nr.: _____

_____ E-Mail: _____

Änderungsanmeldung für Patient (Daten der Versichertenkarte)

Karte gültig bis: _____

Name: _____

Geburtstag: _____

Versicherter: _____

Geburtstag: _____

Krankenkasse: _____

Kasennr.: _____

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 Heims
(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 _____

