

Date

<Member Name>

<Member Address>

<City, State ZIP>

Sehr geehrte/r Member Name,

Bei UCare haben wir es uns zur Aufgabe gemacht, Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden zu verbessern. Anbei finden Sie den mit Ihnen entwickelten Support-Plan auf Date. Bitte lesen Sie den Support-Plan sorgfältig durch.

**Zur Erinnerung: Während Ihres Besuchs haben wir über folgende Themen gesprochen:**

* Möglichkeiten, Ihre körperliche und geistige Gesundheit zu managen
* Nutzung von Gesundheitsvorsorge, um Ihre Gesundheit zu erhalten und zu verbessern
* Ihr Bedarf an Vorsorge
* Topic(s) discussed at visit

**Wenden Sie sich an Ihren care coordinator (Pflegekoordinator), wenn Sie:**

* Im Krankenhaus sind oder einen Krankenhausaufenthalt planen
* Gestürzt sind
* Veränderungen Ihrer körperlichen oder geistigen Gesundheit erleben
* Hilfe bei der Suche nach Unterstützung oder Dienstleistungen benötigen

Wenn Sie Fragen haben oder mit Ihrem Support-Plan nicht einverstanden sind, rufen Sie mich an unter Phone Number. Sie können mich auch anrufen, wenn sich Ihre Bedürfnisse ändern. TTY-Benutzer rufen bitte Minnesota Relay an unter 711 oder 1-877-627-3848 (Sprache-zu-Sprache-Relaisdienst).

Mit freundlichen Grüßen

<Care Coordinator Name>

<Care Coordinator Job Title>

<County or Agency Name>

<Phone Number>

<Email Address>

H5937\_H2456\_6336\_072022 accepted

U14265 German (U6336) (06/2024)

**Text

Description automatically generated**

**Text, letter

Description automatically generated**

**Table

Description automatically generated**

Text, letter

Description automatically generated