

Antrag auf Kostenübernahme Hausnotrufsystem

Name, Vorname des Versicherten

Versichertennummer

Telefonnummer (freiwillig)

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Anschrift

Name, Anschrift der zuständigen Pflegekasse

ich beantrage ab

2 0

die Kostenübernahme für ein Hausnotrufsystem

5 2 4 0 0 1 1

durch folgenden Leistungserbringer:

6 0 0 3 0 0 8 8 8

Institutionskennzeichen

Name, Anschrift oder ggf. Stempel des Leistungserbringers

Gründe (Mehrfachnennung möglich):

ich bin alleinlebend oder über weite Teile des Tages alleinlebend

ich oder eine andere im Haushalt lebende Person kann mit einem handelsüblichen Telefon keinen Hilferuf absetzen und aufgrund meines Krankheitszustandes ist bei mir jederzeit mit einer Notsituation zu rechnen

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

mich

meinen gesetzlichen Betreuer

meinen Hausnotrufanbieter

meinen Pflegedienst

Name, ggf. Anschrift

Telefonnummer und/oder Emailadresse

Anschluss des Hausnotrufsystems:

Das Hausnotrufsystem wurde noch nicht in Betrieb genommen

Das Hausnotrufsystem wurde am

2 0 Datum (TT MM JJJJ)

in Betrieb genommen

2 0 Datum (TT MM JJJJ)

Unterschrift Versicherte/r oder gesetzlicher Vertreter