

Antrag auf Kostenübernahme

Name, Vorname des Versicherten

Versichertennummer

Telefonnummer (freiwillig)

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Anschrift

Name, Anschrift der zuständigen Pflegekasse

ich beantrage ab

die Kostenübernahme für ein Hausnotrufsystem **5240011**, durch folgenden Leistungsbringer: **600300888**
(Institutionskennzeichen).

**Arbeiter-Samariter-Bund Kreisverband Landesverband Niedersachsen e.V. | Kreisverband Helmstedt |
Tonwerke 24 | 38350 Helmstedt**

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 zurechnen.

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 in Betrieb genommen
Datum (TT MM JJJJ)

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter (bzw. gesetzl. Vertreter, soweit bestellt)