ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR EIN HAUSNOTRUFGERÄT

Absender: Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

☐ Frau ☐ Herr

Nachname*		Straße, Nr.*	
Vorname*		PLZ, Ort*	
Telefon*		Pflegekasse*	
Geb. Datum*		Sitz/Ort	
KV-Nr.*		E-Mail	

*KV-Nr. = Krankenversichertennummer (10-stellig)

Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

An: Krankenkasse (Pflegekasse)

Pflegekasse*		Telefax	
Straße, Nr.		PLZ, Ort*	

IK 590205063 52.40.01.1111

Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

Versichertenerklärung und Antrag auf Versorgung mit einem Notrufhelden Hausnotrufsystem

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich verfüge über den Pflegegrad 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ (über Beihilfeansprüche ja nein

☐ ich bin über weite Teile des Tages alleinlebend bzw. mein/e Mitbewohner/in ist aufgrund seiner/ihrer körperlichen/geistigen Einschränkungen nicht in der Lage, in Notsituationen einen Hilferuf selbständig abzusetzen und/oder

☐ aufgrund meines Krankheits-/Pflegezustandes ist bei mir jederzeit eine lebensbedrohliche Zustands-verschlechterung zu erwarten und/oder

☐ in Notsituationen kann ich mit einem handelsüblichen Telefon keinen Hilferuf absetzen.

☐ ich habe das Gerät erhalten.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich zulasten der Pflegekasse ein Hausnotrufsystem zuzahlungs- frei erhalte. Sollte ich mich für Dienstleistungen entscheiden, die über die gesetzlichen Leistungen hinaus gehen, muss ich die Mehrkosten selbst übernehmen. Ich erhalte ein Hausnotrufsystem leihweise und darf es keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Sobald ich das Hausnotrufsystem nicht mehr benötige, werde ich die Pflegekasse hierüber unverzüglich informieren. Ich verpflichte mich, das Hausnotrufsystem schonend zu behandeln und zu pflegen.

Ich bitte Sie um Kostenübernahme von 27,00 € netto monatlich ab dem ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Bei Bewilligung bitte ich Sie, eine Kopie der Bewilligung an Notrufhelden GmbH & Co. KG, Sorbenstraße 22, 20537 Hamburg oder an die Fax-Nr.: 040 / 34 99 99 990 zu senden.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreters

Datenschutzhinweis (§ 67 SGB X): Die Angaben werden zur Prüfung der Leistungspflicht benötigt die Datenerhebung beruht auf § 94 SGB XI.

v.2022.1/01