

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR EIN HAUSNOTRUFGERÄT

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

Frau Herr

Nachname*	<input type="text"/>	Straße, Nr.*	<input type="text"/>
Vorname*	<input type="text"/>	PLZ, Ort*	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>	Pflegekasse*	<input type="text"/>
Geb. Datum*	<input type="text"/>	Sitz/Ort	<input type="text"/>
KV-Nr.*	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

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

Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

An: Krankenkasse (Pflegekasse)

Pflegekasse*	<input type="text"/>	Telefax	<input type="text"/>
Straße, Nr.	<input type="text"/>	PLZ, Ort*	<input type="text"/>

IK 590204734 52.40.01.1111

Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

Versichertenerklärung und Antrag auf Versorgung mit einem Vitalknopf Hausnotrufsystem

Sehr geehrte Damen und Herren, 1 2 3 4 5 ja nein
 ich verfüge über den Pflegegrad (über Beihilfeansprüche)


- 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 Zustandsverschlechterung 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 zuzahlungsfrei 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 30,35 Euro monatlich ab dem . .

Bei Bewilligung bitte ich Sie, eine Kopie der Bewilligung an Vitalknopf Gbr, Wandsbeker Königstraße 1, 22041 Hamburg Fax: 040 / 34 99 99 990 zu senden.

Ort, Datum


Unterschrift der/der des Versicherten oder der/der des gesetzlichen Vertreters

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