IHR PERSÖNLICHER NOTFALLPLAN

Persönliche Daten des Nutzers

Vorname* _____ Nachname* _____

Geburtsdatum* _____ Telefon-/Mobilfunknummer* _____

Straße, Hausnummer* _____ PLZ, Ort* _____

Adresszusatz (z. B. Etage, Nebengebäude, Eingang an der Hausrückseite) _____

MEDIZINISCHE DATEN*

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an

- ☐ Herzerkrankungen (z.B. KHK Coronare Herzkrankheit, Herzinfarkt)
- ☐ Lungen-/Atemwegserkrankungen (z.B. COPD, Asthma)
- ☐ Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Alzheimer, Demenz)
- ☐ Blutdruckprobleme (z.B. Bluthochdruck, Hypotonie)
- ☐ Diabetes
- ☐ Sonstiges _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie schon einmal einen Schlaganfall erlitten? ☐ Ja ☐ Nein

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

Ich nehme regelmäßig:

- ☐ Insulin
- ☐ Blutverdünnende Medikamente
- ☐ Blutdruck-Medikamente
- ☐ Neuroleptika (z. B. Epilepsie-Medikamente)
- ☐ Weiteres _____

IHR HAUSARZT

Name Arzt/Praxis _____ Telefonnummer _____

*Pflichtfeld

Notfall-Kontakte (Bezugspersonen)

1. BEZUGSPERSON*

Vorname, Nachname

Festnetz-/Mobilrufnummer

In welchem Bezug steht die Person zu Ihnen?

Hat die Person einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Anreisezeit zu Ihnen (Dauer ca. in Minuten):

2. BEZUGSPERSON

Vorname, Nachname

Festnetz-/Mobilrufnummer

In welchem Bezug steht die Person zu Ihnen?

Hat die Person einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Anreisezeit zu Ihnen (Dauer ca. in Minuten):

3. BEZUGSPERSON

Vorname, Nachname

Festnetz-/Mobilrufnummer

In welchem Bezug steht die Person zu Ihnen?

Hat die Person einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Anreisezeit zu Ihnen (Dauer ca. in Minuten):

4. BEZUGSPERSON

Vorname, Nachname

Festnetz-/Mobilrufnummer

In welchem Bezug steht die Person zu Ihnen?

Hat die Person einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Anreisezeit zu Ihnen (Dauer ca. in Minuten):

Info:

Bitte kontrollieren Sie den von Ihnen ausgefüllten, persönlichen **Notfallplan auf Vollständigkeit** der angegebenen Kontaktpersonen. **Sie müssen mindestens eine Kontaktperson** angeben, die in einer **Anfahrtszeit von unter 30 Minuten** von Ihnen entfernt wohnt. Bei dieser Kontaktperson müssen Sie außerdem einen Schlüssel hinterlegen. Möchten Sie keinen Schlüssel hinterlegen, empfehlen wir einen Schlüsseltresor.

Teilen Sie unserem Service-Team bitte schriftlich – per E-Mail oder per Post – alle zukünftigen, wesentlichen Änderungen in Ihrem Notfallplan mit. Eine Vorlage zum Notfallplan erhalten Sie auf telefonische Anfrage per Post oder online unter www.vitalknopf.de

So können Sie uns Ihren Notfallplan zukommen lassen:
E-Mail: info@vitalknopf.de **Post:** VitalKnopf GmbH, Wandsbeker Königstraße 1, 22041 Hamburg
Bei Fragen zu den Dokumenten zögern Sie nicht, uns anzurufen: Tel: 040 / 34 99 99 900

*Pflichtfeld

VitalSet®

Antrag auf Kostenübernahme

☐ Frau ☐ Herr	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:		Telefon / Mobil:
PLZ:	Ort:	
E-Mail:		Geburtsdatum:
Krankenkasse:		Versichertennr.:

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

☒ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge/Fak-tor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück		
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück		
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück		
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück		
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück		
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück		
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück		
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück		
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml		Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml		
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück		
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück		

❒ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechen-größe	Menge ein-tragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück		

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
VitalSet GmbH Sorbenstraße 22 20537 Hamburg	330205143

☒ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs:
- ☐ Beratung in den Geschäftsräumen
- ☒ Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
- ☐ Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat
- ☐ mich persönlich und/oder
- ☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

beraten.

Datum der Beratung: ☐☐☐☐☐☐☐☐

Beratende/r Mitarbeiter/in: _____

☒ **Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.**

☒ Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

☐☐☐☐☐☐☐☐ _____

Datum Unterschrift der/des Versicherten

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

❒ PG 54
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Absatz 2 SGB XI

❒ PG 51 mit Zuzahlung
❒ PG 51 ohne Zuzahlung
❒ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
❒ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

❒ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

(Datum) (IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)