

Vertragsnummer

Kundennummer

Anlage: Antrag auf Kostenübernahme Hausnotrufsystem

Versicherter Nachname

Versichertennummer

Versicherter Vorname

Pflegekasse

Geburtsdatum

Pflegekasse Anschrift

Straße, Hausnummer

Telefonnummer

PLZ

Ort

Ich beantrage ab

die Kostenübernahme für ein Hausnotrufsystem

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift 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:

Name, Anschrift und Kontaktdaten

mich

meinen Hausnotrufanbieter

meinen gesetzlichen
Betreuer

meinen Pflegedienst

Anschluss des Hausnotrufsystems:

Das Hausnotrufsystem wurde noch nicht in Betrieb genommen.

Das Hausnotrufsystem wurde an folgendem Datum in Betrieb genommen:

Datum:

Ort:

BITTE SENDEN SIE DIE AUSGEFÜLLTE DATEI AN HAUSNOTRUF@SANDERSFELD.DE