

Anlage 6

– Antrag auf Kostenübernahme Hausnotrufsystem

Name, Vorname des/der Versicherten

Versichertennummer

Telefonnummer (freiwillig)

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

Anschrift

Zuständige Pflegekasse

☐ Ich beantrage ab

die Kostenübernahme für ein Hausnotrufsystem

durch folgenden Leistungserbringer:

5 2 4 0 0 1 1

5 9 0 3 4 0 5 3 5

Institutionskennzeichen

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 zu rechnen

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

☐ sonstiges

☐ meinen Hausnotrufanbieter

☐ meine/n gesetzlichen Betreuer/in

☐ meinen Pflegedienst

Name, ggf. Anschrift

Telefonnummer und/oder E-Mailadresse Anschluss des Hausnotrufsystems:

☐ Das Hausnotrufsystem wurde noch nicht in Betrieb genommen.

☐ Das Hausnotrufsystem wurde am

Datum (TT MM JJJJ)

Datum (TT MM JJJJ)

Unterschrift Versicherte/r oder gesetzlicher Vertreter/in

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