

# Antrag auf Kostenübernahme für ein HAUSNOTRUFGERÄT

zum Vertrag über die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gem. §78 Abs.1 SGB XI

# APOCALL

## HAUSNOTRUF

IK: 590 311 391

### des Versicherten:

Vers.-Nr.:

Straße:

Vor-/Name:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Telefon:

### An:

Pflegekasse:

Straße:

Ort:

### Begründung des Antrags:

über weite Teile des Tages allein lebend

Sturzgefahr

Pflegegrad beantragt am:

Pflegegrad :

\_\_\_\_\_

### Bei evt. Fragen wenden Sie sich bitte an:

mich persönlich

sonstige Person

Name:

PLZ/Ort:

Straße:

Tel.-Nr.:

### Erklärung zum Erhalt des Pflegehilfsmittels:

Wenn von meiner Pflegekasse festgestellt wird, dass ich einen Anspruch auf die Versorgung mit einem ApoCarry-Hausnotrufsystem habe, ist diese Leistung für mich zuzahlungsfrei. Ich bin von ApoCarry darüber informiert worden, dass die Versorgung mit dem ApoCarry-Hausnotrufsystem durch meine Pflegekasse unten aufgeführte Leistungen beinhaltet, die von ApoCarry zuzahlungsfrei erbracht werden.

Sollte ich mich für mehr Dienstleistungen entscheiden, muss ich die Mehrkosten selbst übernehmen.

Ich erhalte das ApoCarry-Hausnotrufsystem leihweise. Ich darf dieses leihweise überlassene ApoCarry-Hausnotrufsystem keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Sobald ich das ApoCarry-Hausnotrufsystem nicht mehr benötige oder sich etwas an meinen Gesundheitsbild ändert, informiere ich ApoCarry und meine Pflegekasse unverzüglich.

Ich verpflichte mich, das ApoCarry-Hausnotrufsystem schonend zu behandeln und zu pflegen.

Ich beantrage die leihweise Überlassung des technischen Pflegehilfsmittels ApoCarry-Hausnotrufsystem.

Eine Durchschrift dieses Antrags habe ich erhalten.

Mit den allgemeinen Nutzungsbedingungen des ApoCarry-Hausnotrufsystems bin ich einverstanden.

**Das ApoCarry-Hausnotrufsystem ist am \_\_\_\_\_ in Betrieb genommen worden.**

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. seines gesetzl. Vertreters

- für den Kostenträger -

Die Kosten werden von uns,

Pflegekasse:

Straße:

PLZ/Ort:

Telefon:

entsprechend des Rahmenvertrages,

übernommen  Ja  Nein

ab: \_\_\_\_\_

Ort, Datum

Unterschrift SacharbeiterIn

## **Leistungen der Pflegekasse entsprechend dem Vertrag zwischen ApoCarry und den Spitzenverbänden der Pflegekassen.**

Die beschriebenen Leistungen meiner Pflegekasse sind ausreichend und zweckmäßig. Sie sind für mich nach Antragsgenehmigung als Sachleistung zuzahlungsfrei.

1. Bereitstellung des ApoCarry-Hausnotrufsystems (Funkfinger, Sender, Empfänger) in augenscheinlich hygienisch und technisch einwandfreiem Zustand.
2. Einweisung des Versicherten sowie aller beteiligten Personen in den Gebrauch des ApoCarry-Hausnotrufsystems.
3. Abstimmung eines Maßnahmenplans (Notrufverfolgungsliste).
4. Programmierung des ApoCarry-Hausnotrufsystems über das Telefonnetz an eine 24 Stunden besetzte Servicezentrale an erster Stelle und Einleitung der erforderlichen Maßnahmen nach dem Notrufverfolgungsplan entsprechend der jeweiligen Situation.
5. Sicherstellung der technisch einwandfreien Funktion des Hausnotrufsystems einschließlich der Anbindung an die Notrufzentrale während der Versorgungsdauer durch automatische Selbsttests des ApoCarry-Hausnotrufsystems und Testauslösungen durch den Versicherten.
6. Unverzügliche Beseitigung von Mängeln am ApoCarry-Hausnotrufsystem durch Instandsetzung oder Ersatz.

**Dr. Dücker, Dücker & Mommert GbR ApoCarry**  
**Breite Str. 10, 38667 Bad Harzburg · Tel.: 0 53 22 / 90 83 29, Fax: 0 53 22 / 90 83 82**  
**Commerzbank, IBAN DE69 2684 0032 0802 8664 00**  
**IK-Nr.: 590 311 391**

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne unter der Tel.-Nr.: 05322 / 908329 zur Verfügung.

Nach Bearbeitung durch die Pflegekasse bitte

**zurück an: Fax 039421 - 78316**

oder per Brief zurück an:

\_\_\_\_\_ hier falten

ApoCarry GbR - Hausnotruf  
Breite Str. 10  
38667 Bad Harzburg