

Anlage 6 – Antrag auf Kostenübernahme Hausnotrufsystem

_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					
Name, Vorname des Versicherten	Versichertennummer																					
_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																					
Telefonnummer (freiwillig)	Geburtsdatum (TT MM JJJJ)																					

Anschrift

Name, Anschrift zuständige Pflegekasse

Ich beantrage ab

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

die Kostenübernahme für ein Hausnotrufsystem

5	2	4	0	0	1	1														
---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

durch folgenden Leistungserbringer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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:

- mich
- meinen Hausnotrufanbieter
- meinen gesetzlichen Be- treuer
- meinen Pflegedienst

Name, ggf. Anschrift

Telefonnummer und/oder Emailadresse

Anschluss des Hausnotrufsystems:

- Das Hausnotrufsystem wurde noch nicht in Betrieb genommen.
 - Das Hausnotrufsystem wurde am

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 in Betrieb genommen
- Datum (TT MM JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum (TT MM JJJJ)

Unterschrift Versicherte/r oder gesetzlicher Vertreter