

VERTRAG NR.



Anlage 10: Antrag auf Kostenübernahme Hausnotrufsystem

NAME, VORNAME DES VERSICHERTEN

ANSCHRIFT

VERSICHERTENNUMMER

GEBURTSDATUM

TELEFON (FREIWILLIG)

NAME, ANSCHRIFT ZUSTÄNDIGE PFLEGEKASSE

Ich beantrage ab

die Kostenübernahme für ein Hausnotrufsystem 52.40.01.1 093

durch folgenden Leistungserbringer:

VERBANDSNAME / ANSCHRIFT

BRK-Kreisverband Kulmbach
Rot-Kreuz-Platz 1
95326 Kulmbach

LEISTUNGSERBRINGER IK

600 901 976

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 ich bitte an:

- mich
- meinen gesetzlichen Betreuer
- meinen Pflegedienst
- meinen Hausnotrufanbieter

KONTAKT (NAME, GGF. ANSCHRIFT, TELEFON, E-MAIL)

BRK Kreisverband Kulmbach
Rot-Kreuz-Platz 1
95326 Kulmbach

Anschluss des Hausnotrufsystems:

Das Hausnotrufsystem wurde noch nicht in Betrieb genommen.

Das Hausnotrufsystem wurde am _____ in Betrieb genommen.

ORT / DATUM

UNTERSCHRIFT VERSICHERTER / GESETZL. VERTRETER
