
Name der versicherten Person

Straße

PLZ Ort

Datum

Versichertennummer

Name der Pflegekasse

Straße

PLZ Ort

Ort, Datum

Antrag auf Kostenübernahme für ein Hausnotrufsystem

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für ein Hausnotrufsystem.

Ich habe mich für das Hausnotrufsystem _____
des Anbieters _____ entschieden.

Die Kosten betragen _____.

Der Pflegegrad _____

- liegt vor.
- wurde beantragt.

Gründe für das benötigte Pflegehilfsmittel sind:

- Ich bin alleinlebend bzw. über weite Teile des Tages alleinlebend.
- Ich wohne mit einer Person zusammen, die aufgrund ihrer körperlichen und/oder geistigen Beeinträchtigungen im Fall einer Notsituation nicht in der Lage ist, einen Hilferuf selbstständig abzusetzen.
- Bei mir ist jederzeit aufgrund meines Krankheits- bzw. Pflegezustandes mit dem Eintritt einer Notsituation zu rechnen.

- In einer Notsituation wäre es mir nur mit Hilfe des Hausnotrufsystems (und nicht mit handelsüblichen Telefonen) möglich, einen Notruf abzusetzen.

Bei Fragen oder einer Kostenzusage wenden Sie sich bitte an:

- mich
- meinen Hausnotrufanbieter
- folgende Person: _____
unter dieser Rufnummer/E-Mail-Adresse: _____

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift der versicherten Person