Antrag zur Versorgung mit einem Hausnotrufgerät

Gesellschaft für Hausnotruf mbH
Abt. Pflegekassen
Maxim Gorki Str. 14

39108 Magdeburg

_____
Pflegekasse

_____
Strasse

_____
PLZ Ort

_____
Versichertennummer

Ich beantrage hiermit die Versorgung mit folgendem Pflegehilfsmittel:
Hausnotrufdienst mit Anschluss an die Zentrale der

Gesellschaft für Hausnotruf mbH, Maxim Gorki Str. 14,
39108 Magdeburg,
Tel. 0391-7331330, Fax 0391-7358522

IKZ 591530081

nach § 78 Abs. 1 SGB XI. Die Abrechnung erfolgt lt. Vertrag mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen.

Name, Vorname
_____
Strasse
_____
PLZ Ort
_____
Telefon Geburtsdatum
_____
Zur Terminabsprache wenden sie sich bitte an (z.B. Pflegedienst, Angehörige):
Name Telefon

_____
Ort, Datum

_____
Unterschrift des Pflegebedürftigen

Entscheidungsvermerk der Pflegekasse:

Datum Unterschrift Stempel