



Gesellschaft für Hausnotruf mbH

Abt. Pflegekassen
Maxim Gorki Str. 14
39108 Magdeburg

_____ Pflegekasse
_____ Versichertennummer
Pflegegrad
<input type="checkbox"/> Kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Antrag zur Versorgung mit einem Hausnotrufgerät

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 0391-7333309
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