



Gesellschaft für Hausnotruf mbH

Abt. Pflegekassen
Liebknechtstr. 55
39108 Magdeburg

Pflegekasse
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

Name, Vorname des Versicherten	Versichertennummer
Telefonnummer	Geburtsdatum (TT MM JJJJ)
Anschrift	

Ich beantrage ab

die Kostenübernahme für ein Hausnotrufsystem

5 2 4 0 0 1 1

durch folgenden Dienstleister

5 9 1 5 3 0 0 8 1

Institutionskennzeichen

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 Betreuer
- meinen Pflegedienst

Name, ggf. Anschrift

Telefonnummer und / oder E-Mail-Adresse

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 Versicherter oder gesetzlicher Vertreter