

Antrag auf Kostenübernahme für ein Notrufsystem



WICHTIG

Krankenkasse (Pflegekasse)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit beantrage ich die Kostenübernahme eines medivato AG Notrufanschlusses (IK-Nr. 590204051) in Höhe des gültigen Höchstbetrags von 30,35 € (es liegt keine Mehrwertsteuerbefreiung vor).

Vorname

Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Pflegegrad

Geburtsdatum

Festnetznummer

Mobilrufnummer

Versicherungs-Nr.

Kundennummer

Ich bin selbstversichert

Ich bin mitversichert bei: _____
Versicherer

- ☒ Ich bin über weite Teile des Tages alleinlebend bzw. mein/e Mitbewohner/in ist aufgrund seiner/ ihrer körperlichen/geistigen Einschränkungen nicht in der Lage, in Notsituationen einen Hilferuf selbstständig abzusetzen und/oder
- ☒ Aufgrund meines Krankheits-/Pflegezustandes ist bei mir jederzeit eine lebensbedrohliche Zustandsverschlechterung zu erwarten und/oder
- ☒ In Notsituationen kann ich mit einem handelsüblichen Telefon keinen Hilferuf absetzen.

Ich habe seit dem _____ einen Notrufanschluss bei der medivato AG. Ich darf dieses leihweise überlassene Pflegehilfsmittel keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Sobald ich dieses Pflegehilfsmittel nicht mehr benötige, informiere ich den Vermieter unter der Telefonnummer 040 655 833 77 und sende das Gerät unverzüglich vollständig zurück.

Ich erwarte Ihren baldigen Bescheid. Eine Kopie senden Sie bitte an: medivato AG | Zirkusweg 2 | 20359 Hamburg
Telefon 040 - 655 833 77 | Fax 040 - 655 833 78 | IK-Nr. 590204051

Hiermit bestätige ich, dass mich der o.g. Leistungserbringer persönlich vor der Versorgung mit dem Notrufsystem umfassend sorgfältig beraten hat.

Ort/Datum*

Unterschrift*

*Pflichtfeld