

Empfangsbestätigung

Kundennummer: _____

Wichtig!

Senden Sie dieses Formular unbedingt innerhalb einer Woche nach Erhalt Ihrer Notruflösung an uns zurück.

Bitte beachten Sie, dass Ihre Pflegeversicherung ohne diese Empfangsbestätigung die Auszahlung der Leistung für Ihre Notruflösung nicht bewilligen kann. In diesem Fall behält sich die MEDIVATO AG (Leistungserbringer) vor, alle Kosten, die nicht von der Pflegeversicherung übernommen werden, Ihrem Konto zu belasten.

Titel	Vorname	Nachname
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort
Festnetzrufnummer	Mobile Rufnummer	E-Mail Adresse
Name der Pflegekasse	Versicherungs-Nr.	

Die oben genannte Pflegekasse hat festgestellt, dass ich einen Anspruch auf Versorgung mit einem Hausnotrufsystem habe. Diese Leistung ist für mich zuzahlungsfrei. Im Auftrag meiner Pflegekasse hat mir der genannte Leistungserbringer heute ein Hausnotrufgerät mit Funkarmband übergeben. Ich erhalte das Hausnotrufgerät leihweise vom Leistungserbringer. Ich darf dieses leihweise überlassene Hausnotrufgerät keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Sobald ich das Hausnotrufgerät nicht mehr benötige, informiere ich den Leistungserbringer und die zuständige Pflegekasse. Ich bin verpflichtet, das Hausnotrufgerät schonend zu behandeln und zu pflegen. Sollte ich Schäden grob fahrlässig oder vorsätzlich verursachen, so bin ich verpflichtet, diese Schäden unverzüglich und fachgerecht auf eigene Kosten beseitigen zu lassen. Die Nummer der Hausnotrufzentrale wurde als erste anzuwählende Nummer programmiert.

Leistungserbringer:

MEDIVATO AG • Zirkusweg 2 • 20359 Hamburg • IK 59020405 I

Ich bestätige, dass ich das Notrufsystem erhalten habe und in die Funktionsweise des Systems eingewiesen wurde.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------

Über die zuzahlungsfreie Versorgungsmöglichkeit bin ich informiert worden. Ich habe mich für ein Hausnotrufgerät und zusätzliche Dienstleistungen, die über den Leistungsumfang der Pflegekasse hinausgehen, entschieden. Ich bin damit einverstanden, die Mehrkosten für diese zusätzlichen Leistungen zu übernehmen. Die Ausführungen des vorstehenden Abschnitts dieser Erklärung werden von mir bchtet. Ein Exemplar meiner Erklärung erhalte ich auf Anfrage von der MEDIVATO AG.

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------