

Antrag auf Kostenübernahme für ein Hausnotrufgerät

Krankenkasse (Pflegekasse)

.....
.....
.....

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Kostenübernahme eines Hausnotrufanschlusses in Höhe des gültigen Höchstbetrags.

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

Selbst versichert Mitversichert bei:

Ich habe seit dem _____ einen Hausnotrufanschluss 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

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

