

Antrag auf Kostenübernahme für ein Hausnotrufgerät

Krankenkasse (Pflegekasse)

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

Leistungserbringer

MEDIVATO AG

Zirkusweg 2 • 20359 Hamburg •
Telefon 040 - 655 833 77 • Fax 040 - 655 833 78
IK-Nr. 590204051

Pflegehilfsmittel

52.40.01.1097 Arkea Tablet
52.40.01.1061 CareIP mobile; Art. Nr. 10000x

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Kostenübernahme eines Hausnotrufanschlusses in Höhe des gültigen Höchstbetrags i. H. v. 30,35 inkl. MwSt.

.

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
------------	--------------