



WICHTIG

Empfangs- und Einweisungsbestätigung / Inbetriebnahme

WICHTIG: Senden Sie dieses Formular unbedingt innerhalb einer Woche nach Erhalt Ihrer Notruflösung an uns zurück. Bitte beachten Sie, dass Ihre Pflegekasse die Kosten für das Notrufsystem nur im Rahmen des gesetzlichen Höchstbetrags übernehmen kann. In diesem Fall behält sich die medivato AG (Leistungserbringer) vor, alle Kosten, die nicht von der Pflegeversicherung übernommen werden, Ihrem Konto zu belasten.

Vorname

Nachname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Festnetznummer

Mobilrufnummer

E-Mail Adresse

Name der Pflegekasse

Versicherungs-Nr.

Kundennummer

Die oben genannte Pflegekasse hat festgestellt, dass ich einen Anspruch auf Versorgung mit einem Notrufsystem habe. Ich bin damit einverstanden, die darüber hinausgehenden Kosten für das gewählte System selbst zu übernehmen. Im Auftrag meiner Pflegekasse hat mir der genannte Leistungserbringer heute ein Notrufsystem mit Funkarmband übergeben. Ich erhalte das Notrufsystem leihweise vom Leistungserbringer. Ich darf dieses leihweise überlassene Notrufsystem keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden.

Sobald ich das Notrufsystem nicht mehr benötige, informiere ich den Leistungserbringer und die zuständige Pflegekasse. Ich bin verpflichtet, das Notrufsystem 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 Notrufzentrale wurde als erste anzuwählende Nummer programmiert.

Leistungserbringer

medivato AG • Zirkusweg 2 • 20359 Hamburg • IK 590204051

Ich bestätige, dass ich das Notrufsystem am _____ erhalten habe und in die Funktionsweise des Systems eingewiesen wurde. Das Notrufsystem wurde auftragsgemäß in meiner Wohnung installiert und in Betrieb genommen.

Über die Kostenübernahme durch die Pflegekasse im Rahmen des gesetzlichen Höchstbetrages bin ich informiert worden. Ich habe mich für ein Notrufsystem 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 beachtet. Ein Exemplar meiner Erklärung erhalte ich auf Anfrage von der medivato AG.

Ort/Datum*

Unterschrift*

*Pflichtfeld