

Anlage 12: Antrag auf Kostenübernahme

Vorname Name: _____

Anschrift: _____

KV-NR: _____ Geburtsdatum: _____

Pflegekasse: _____

Hiermit beantrage ich ab dem _____

die Kostenübernahme für ein Notrufsystem: 52.40.01.1

durch folgenden Leistungserbringer: 501 102 027 (Institutionskennzeichen):

DRK Landesverband Berliner Rotes Kreuz e.V.
Bachestr. 11,
12161 Berlin
030 / 600 300 800

Gründe (Mehrfachnennung möglich):

- ich bin alleinlebend oder über weite Teile des Tages alleinlebend
- ich, oder eine andere im Haushalt lebende Person, kann mit einem handelsüblichen Telefon keinen Hilferuf absetzen und aufgrund meines Krankheitszustandes ist bei mir jederzeit mit einer Notsituation zu rechnen

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

- mich meinen Notrufanbieter
- meinen gesetzlichen Betreuer meinen Pflegedienst

Name, ggf. Anschrift

Telefonnummer und/oder E-Mail-Adresse

Anschluss des Hausnotrufsystems:

- Das Hausnotrufsystem wurde noch nicht in Betrieb genommen.
- Das Hausnotrufsystem wurde am _____ in Betrieb genommen

(Ort, Datum)

Unterschrift des Teilnehmers bzw. gesetzlichen Vertreters