

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR EIN HAUSNOTRUFGERÄT

KRANKENKASSE / PFLEGEKASSE

Bitte in Blockschrift ausfüllen

Name der Krankenkasse *

Straße, Hausnummer *

PLZ, Ort*

Leistungserbringer

MD Medicus Telemedizin GmbH

Industriestr. 2a | 67063 Ludwigshafen

Fon +49 (0)621 5490-00

Fax +49 (0)621 5490-029

IK-Nr. 206510523

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 EUKOBA Hausnotrufsystems der MD Medicus Telemedizin GmbH (IK 206510523) in Höhe des gültigen Höchstbetrags für

Vorname des Versicherten *

Nachname des Versicherten *

Straße, Hausnummer *

Postleitzahl, Ort *

Telefon (Festnetz) *

Geburtsdatum *

Versichertennummer *

Pflegegrad *

selbstversichert mitversichert bei _____

Ich bin über weite Teile des Tages alleinlebend bzw. mein/e Mitbewohner/in ist aufgrund seiner/ ihrer körperlichen/geistigen Beeinträchtigung nicht in der Lage, in Notsituationen einen Hilferuf selbstständig abzusetzen und/oder

aufgrund meines Krankheits-/Pflegezustands ist bei mir jederzeit eine lebensbedrohliche Zustandsverschlechterung zu erwarten und/oder

In Notsituationen kann ich mit einem handelsüblichen Telefon keinen Hilferuf absetzen.

Mein/e Mitbewohner/in ist wegen Erledigungen des täglichen Bedarfs nicht permanent vor Ort.

Ich werde ab _____ Einen Hausnotrufanschluss bei der MD Medicus Telemedizin GmbH haben. Sobald ich dieses Pflegehilfsmittel nicht mehr benötige, informiere ich den Leistungserbringer und sende das Gerät unverzüglich vollständig zurück. Ich erwarte Ihren baldigen Bescheid. **Eine Kopie senden Sie bitte an den Leistungserbringer, die MD Medicus Telemedizin GmbH**

Hiermit bestätige ich, dass ich über die Spezifikationen und Einschränkungen eines Hausnotrufanschlusses unabhängig und vollständig informiert wurde.

Ort, Datum *

Unterschrift *

* Pflichtfeld