

Antrag auf Kostenübernahme Hausnotrufsystem

Vorname	Versichertennummer
Nachname	Geburtsdatum (TT MM JJJJ)
Anschrift	Name zuständige Pflegekasse
Telefon (freiwillig)	Anschrift zuständige Pflegekasse

☒ Ich beantrage ab

die Kostenübernahme für ein Hausnotrufsystem

durch folgenden Leistungserbringer:

Lifeo GmbH
Osterbrooksweg 35-41
22869 Schenefeld

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

Datum (TT MM JJJJ)

5	2	4	0	0	1	1	1	1	1
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hilfsmittelpositionsnummer

5	9	0	1	0	7	5	8	7
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Institutionskennzeichen

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 Hausnotrufanbieter
- ☐ meinen gesetzlichen Betreuer ☐ meinen Pflegedienst

Lifeo GmbH - Osterbrooksweg 35-41 22869 Schenefeld Telefon: 040/524764322 - Fax: 040/524764321 - Mail: info@lifeo.de

Anschrift

Kontaktdaten

Anschluss des Hausnotrufsystems:

- ☒ Das Hausnotrufsystem wurde noch nicht in Betrieb genommen.
- ☐ Das Hausnotrufsystem wurde am

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

 in Betrieb genommen.

Datum (TT MM JJJJ)

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

Datum (TT MM JJJJ)

Unterschrift Versicherte/r oder gesetzlicher Vertreter