

Absender:

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

Straße, Haus-Nr.

Versichertennummer

PLZ, Ort

An:

Pflegekasse

Straße, Haus-Nr

PLZ, Ort

**Versichertenerklärung und Antrag auf Versorgung mit einem tellimed –
Hausnotrufsystem (IK 590 515 295)**

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich verfüge über die Pflegestufe 1 2 3 (über Beihilfeansprüche ja nein) .

- Ich bin über weite Teile des Tages allein lebend bzw. mein/e Mitbewohner/in ist aufgrund seiner/ihrer körperlichen/geistigen Einschränkung nicht in der Lage, in Notsituationen einen Hilferuf selbständig abzusetzen und/oder
- aufgrund meines Krankheits-/Pflegezustandes ist bei mir jederzeit eine lebensbedrohliche Zustandsverschlechterung zu erwarten und/oder
- in Notsituationen kann ich mit einem handelsüblichen Telefon keinen Hilferuf absetzen.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich zulasten der Pflegekasse ein Hausnotrufsystem zuzahlungsfrei erhalte. Sollte ich mich für Dienstleistungen entscheiden, die über die gesetzlichen Leistungen hinaus gehen, muss ich die Mehrkosten selbst übernehmen. Ich erhalte ein Hausnotrufsystem leihweise und darf es keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Sobald ich das Hausnotrufsystem nicht mehr benötige, werde ich die Pflegekasse hierüber unverzüglich informieren. Ich verpflichte mich, das Hausnotrufsystem schonend zu behandeln und zu pflegen.

Ich bitte Sie um Kostenübernahme von 18,36 Euro monatlich und 10,49 Euro einmalig ab dem _____ . Bei Bewilligung bitte ich Sie, eine Kopie der Bewilligung an tellimed Rambach & Fegers GbR, Kesselstraße 30 A, 47546 Kalkar, Tel 02824-977 57 -0, Fax 02824-977 57 -57, info@tellimed.de zu senden.

Datum, Unterschrift des Mitgliedes / ggf des gesetzlichen Vertreters