

Name/Anschrift Pflegekasse (bitte eintragen)

Antrag auf Kostenübernahme Für ein Hausnotrufgerät

Nur für Kunden mit Pflegegrad 1 - 5

Leistungserbringer

Carpe.di Verwaltungs GmbH
Modernste Notrufsysteme 24/7
Niemannsweg 52
D-24105 Kiel
Tel. 0431 - 72 00 45 00
IK 590 106 666

Pflegehilfsmittel

52.40.01.1118 Arkea Tablet
52.40.01.1061 CareIP mobile

Vorname, Name		Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)	
PLZ	Ort	Straße, Hausnummer	
Name Pflegekasse		Versicherungsnummer	

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bitte Sie um Kostenübernahme von monatlich 30,35 Euro für ein Hausnotrufgerät.

Man hat mich unterrichtet, dass ich zulasten der Pflegekasse ein Hausnotrufgerät zuzahlungsfrei erhalte. Sollte ich weitere Dienstleistungen in Anspruch nehmen, die über die gesetzlichen Leistungen hinausgehen, werde ich die Mehrkosten selbst übernehmen. Ich erhalte mein Hausnotrufgerät nur leihweise und darf es nicht an Dritte verleihen, übereignen oder verpfänden. Sobald ich das Hausnotrufgerät nicht mehr benötige, werde ich die Pflegekasse und den Leistungserbringer hierüber unverzüglich informieren.

Ich verpflichte mich, das Hausnotrufgerät schonend und pfleglich zu behandeln.

Ich verfüge über den Pflegegrad 1 2 3 4 5 (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

Ich habe das Hausnotrufgerät erhalten am:

Datum (Erhalt des Hausnotrufgerätes)

Eine Kopie des Bescheides senden Sie bitte an die
Carpe.di Verwaltungs GmbH, Niemannsweg 52, 24105 Kiel

Ort, Datum	Unterschrift
------------	--------------