

# AUFTRAG ZUR BEREITSTELLUNG EINER NOTRUFVERSORGUNG ANTRAG PFLEGEVERSICHERUNG

tellimed GmbH & Co. KG | Kesselstraße 30 A, 47546 Kalkar | Tel.: +49 (0) 28 24 - 9 77 57 0 | Fax: +49 (0) 28 24 - 9 77 57 57 | E-Mail: post@tellimed.de | www.tellimed.de



## ABSENDER:

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

Versichertennummer

PLZ, Ort

## AN:

Pflegekasse

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefax

## VERSICHERTENERKLÄRUNG UND ANTRAG AUF VERSORGUNG MIT EINEM tellimed - HAUSNOTRUFSYSTEM (IK 590 515 295)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich verfüge über den Pflegegrad  1  2  3  4  5 (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 25,50 Euro monatlich ab dem \_\_\_\_\_

Bei Bewilligung bitte ich Sie, eine Kopie der Bewilligung an tellimed GmbH & Co. KG, Kesselstraße 30 A, 47546 Kalkar, Tel. +49 (0) 28 24 - 9 77 57 - 0, Fax +49 (0) 28 24 - 9 77 57 - 57, post@tellimed.de zu senden.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift des Mitgliedes / ggf. des gesetzlichen Vertreters

Datenschutzhinweis:

(§ 67a Abs 3 SGB X): Die Angaben werden zur Prüfung der Leistungspflicht benötigt. Die Datenerhebung beruht auf § 94 Abs 1 Nr. 3 SGB XI

tellimed GmbH & Co. KG  
Kesselstraße 30 A  
47546 Kalkar

Haben Sie Fragen zum Ausfüllen des Antrags?  
Gerne helfen wir Ihnen. Ein Anruf genügt: +49 (0) 28 24 - 9 77 57 0

**Bitte senden Sie uns diesen Antrag mit allen Abgaben ausgefüllt und unterschrieben per Fax +49 (0) 28 24 - 9 77 57 57 oder per Post zurück. Vielen Dank!**

