

Antrag auf Zuschuss zu einem Hausnotrufgerät

Leistungen der Pflegeversicherung

1 Persönliche Angaben

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße Hausnummer	PLZ Ort
Versichertennummer	Telefon, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)

2 Angaben zur Bezuschussung

Ich bin alleinlebend.

Ich bin über weite Teile des Tages allein zu Hause, von bis Uhr.

Ich lebe zusammen in einem gemeinsamen Haushalt mit:

Person A

Person B

Person A Person B (bitte ankreuzen) kann in einer Notsituation einen Hilferuf mit einem handelsüblichen Telefon absetzen.

Person A Person B (bitte ankreuzen) kann während ihrer Anwesenheit in einer Notsituation einen Hilferuf mit einem handelsüblichen Telefon **NICHT** absetzen.

Begründung:

Ich kann mit einem handelsüblichen Telefon selbst keinen Notruf absetzen.

Ich bin sturzgefährdet.

Aufgrund meines Krankheitszustandes ist bei mir jederzeit eine lebensbedrohliche Zustandsveränderung zu erwarten.

Das Hausnotrufsystem erhalte ich von dem Anbieter:

Name des Anbieters

Straße | Hausnummer | PLZ | Ort

Datum | Ort

Unterschrift der versicherten/betreuenden/bevollmächtigten Person

Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz:

Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen. Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.

Heimat Krankenkasse

Herforder Straße 23 · 33602 Bielefeld · Service-Telefon 0800 1060100 (kostenfrei)

Stand 02.2025



Bitte zurücksenden an:

Heimat Krankenkasse
Pflegekasse
Herforder Straße 23
33602 Bielefeld