

Antrag auf Kostenübernahme für ein Hausnotrufgerät

KRANKENKASSE (Pflegekasse)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen
und an MEDI-MARKT zurücksenden.

Name der Krankenkasse*

Straße, Hausnummer*

PLZ, Ort*

TIPP

Den Antrag auf Kostenübernahme können Sie auch bequem am Computer ausfüllen! Einfach auf www.besser-leben.de/seguna-home runterladen und per E-Mail an segunahome@medi-markt.de senden.

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Kostenübernahme eines Hausnotrufanschlusses in Höhe des gültigen Höchstbetrags.

Vorname*

Nachname*

Straße, Hausnummer*

PLZ, Ort*

Geburtsdatum*

Telefonnummer*

Versicherungsnummer*

Pflegegrad*

selbstversichert mitversichert bei:

Ich werde ab einen Hausnotrufanschluss bei der MEDI-MARKT Homecare GmbH
Monat und Jahr der Bestellung

haben. Ich darf dieses leihweise überlassene Pflegehilfsmittel keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Sobald ich dieses Pflegehilfsmittel nicht mehr benötige, informiere ich den Vermieter unter der Telefonnummer 0621 391 56 57 37 und sende das Gerät unverzüglich vollständig zurück.

Senden Sie das Formular bitte unterschrieben zurück an: MEDI-MARKT Homecare GmbH, Dynamostraße 3, 68165 Mannheim. Tel. 0621 391 56 57 37, E-Mail: segunahome@medi-markt.de, IK-Nr. 330 823 185.

Ort, Datum*

Unterschrift*

Empfangsbestätigung



WICHTIG:

Senden Sie dieses Formular unbedingt innerhalb einer Woche nach Erhalt Ihres Notrufsystems an uns zurück. Bitte beachten Sie, dass Ihre Pflegeversicherung ohne diese Empfangsbestätigung die Auszahlung der Leistung für Ihr Notrufsystem nicht bewilligen kann. In diesem Fall behält sich die MEDI-MARKT Homecare GmbH (Leistungserbringer) vor, alle Kosten, die nicht von der Pflegeversicherung übernommen werden, Ihrem Konto zu belasten.

ANGABEN ZUM VERSICHERTEN

Vorname*

Nachname*

Straße, Hausnummer*

PLZ, Ort*

Telefonnummer*

E-Mail*

Name der Pflegekasse*

Versicherungsnummer*

Die oben genannte Pflegekasse hat festgestellt, dass ich einen Anspruch auf Versorgung mit einem Hausnotrufsystem habe. Im Auftrag meiner Pflegekasse hat mir der genannte Leistungserbringer heute ein Hausnotrufgerät mit Funkarmband übergeben. Ich erhalte das Hausnotrufgerät leihweise vom Leistungserbringer. Ich darf dieses leihweise überlassene Hausnotrufgerät keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Sobald ich das Hausnotrufgerät nicht mehr benötige, informiere ich den Leistungserbringer und die zuständige Pflegekasse. Ich bin verpflichtet, das Hausnotrufgerät schonend zu behandeln und zu pflegen. Sollte ich Schäden grob fahrlässig oder vorsätzlich verursachen, so bin ich verpflichtet, diese Schäden unverzüglich und fachgerecht auf eigene Kosten beseitigen zu lassen. Die Nummer der Hausnotrufzentrale wurde als erste anzuwählende Nummer programmiert.

LEISTUNGSERBRINGER

MEDI-MARKT Homecare GmbH, Dynamostraße 3, 68165 Mannheim, IK 330 823 185

Ich bestätige, dass ich das Notrufsystem erhalten habe und in die Funktionsweise des Systems eingewiesen wurde.

Über die zuzahlungsfreie Versorgungsmöglichkeit bin ich informiert worden. Ich habe mich für ein Hausnotrufgerät und zusätzliche Dienstleistungen, die über den Leistungsumfang der Pflegekasse hinausgehen, entschieden. Ich bin damit einverstanden, die Mehrkosten für diese zusätzlichen Leistungen zu übernehmen. Die Ausführungen des vorstehenden Abschnitts dieser Erklärung werden von mir beachtet. Ein Exemplar meiner Erklärung erhalte ich auf Anfrage von der MEDI-MARKT Homecare GmbH.

Ort, Datum*

Unterschrift*