

Anschrift der Pflegekasse

Datum:

**Antrag zur Kostenübernahme des Hausnotrufsystems
durch die Pflegekasse nach den geltenden Richtlinien des SGB XI**

Name	Vorname
Geburtsdatum	Telefon
Versicherungsnummer	Pflegekasse
Straße	
PLZ, Ort	Alleinstehend <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pflegegrad:	
Antrag auf Eingruppierung in Pflegegrad gestellt Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Hausarzt: Facharzt:
Das Hausnotrufgerät wurde am beim Teilnehmer aufgestellt.	Anbieter des Hausnotrufs: BRK Kreisverband Bamberg Hainstraße 19 96047 Bamberg Tel: 0951/981890 IK: 500941144

Situation des Teilnehmers, die die Teilnahme am Hausnotruf notwendig macht:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift