

**ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR EIN HAUSNOTRUFGERÄT**

Absender: Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

 Frau Herr

| | | | |
|-------------|----------------------|--------------|----------------------|
| Nachname* | <input type="text"/> | Straße, Nr.* | <input type="text"/> |
| Vorname* | <input type="text"/> | PLZ, Ort* | <input type="text"/> |
| Telefon* | <input type="text"/> | Pflegekasse* | <input type="text"/> |
| Geb. Datum* | <input type="text"/> | Sitz/Ort | <input type="text"/> |
| KV-Nr.* | <input type="text"/> | E-Mail | <input type="text"/> |

*KV-Nr. = Krankenversicherungsnummer (10-stellig)

Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

An: Krankenkasse (Pflegekasse)

| | | | |
|--------------|----------------------|-----------|----------------------|
| Pflegekasse* | <input type="text"/> | Telefax | <input type="text"/> |
| Straße, Nr. | <input type="text"/> | PLZ, Ort* | <input type="text"/> |

Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

Versichertenerklärung und Antrag auf Versorgung mit einem semamed Hausnotrufsystem (IK 590204507)

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 alleinlebend bzw. mein/e Mitbewohner/in ist aufgrund seiner/ihrer körperlichen/geistigen Einschränkungen 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 habe das Gerät erhalten.

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 semamed GmbH, Überseeallee 1, 20457 Hamburg Fax: 040/524703760 zu senden.

Ort, Datum
Unterschrift der/der Versicherten oder der/der gesetzlichen Vertreters**Datenschutzhinweis** (§ 67 SGB X): Die Angaben werden zur Prüfung der Leistungspflicht benötigt die Datenerhebung beruht auf § 94 SGB XI.



STAMMDATEN FÜR DAS NOTRUFSYSTEM

1/2

1. Person

Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

 Frau Herr

Nachname*

Vorname*

Geb. Datum*

Erkrankungen

Medikamente

Pflegegrad*

- Ja, mit Kostenübernahme
 Ja, ohne Kostenübernahme
 Unbekannt
 Kein Pflegegrad

2. Person (ggf. Ehepartner, Lebenspartner, etc.)

Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

 Frau Herr

Nachname*

Vorname*

Geb. Datum*

Erkrankungen

Medikamente

Pflegegrad*

- Ja, mit Kostenübernahme
 Ja, ohne Kostenübernahme
 Unbekannt
 Kein Pflegegrad

3. Anschrift

ggf. Wohnanlage

 Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Etage: Wohnungsnummer:

Straße, Hausnr.*

PLZ, Ort*

Telefonnummer (1)*

Telefonnummer (2)

Telefonnummer (3)

4. Berufliche Hilfspersonen (persönliche Kontakte, berufliche Helfer wie z.B. Pflegedienst)

Name und Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefonnummer(n)

Beziehung

Fahrzeit

Schlüssel Nr.



STAMMDATEN FÜR DAS NOTRUFSYSTEM

2/2

5. Bezugsperson (2)

| | | | |
|------------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Name und Vorname | <input type="text"/> | | |
| Straße, Hausnr. | <input type="text"/> | | |
| PLZ, Ort | <input type="text"/> | | |
| Telefonnummer(n) | <input type="text"/> | | |
| Beziehung | <input type="text"/> | | |
| Fahrzeit | <input type="text"/> | Schlüssel Nr. | <input type="text"/> |

6. Im Notfall zusätzlich zu benachrichtigen (Rettungsdienst, ärztlicher Notdienst, Hausarzt, etc.)

| | | | |
|------------------|----------------------|--|--|
| Name | <input type="text"/> | | |
| Straße, Hausnr. | <input type="text"/> | | |
| PLZ, Ort | <input type="text"/> | | |
| Telefonnummer(n) | <input type="text"/> | | |
| Schlüssel Nr. | <input type="text"/> | | |

7. Automatischer Versand für die Teilnehmer

| | | | |
|------------------------------|--------------------------|-----------------|----------------------|
| Bezeichnung der Bezugsperson | <input type="text"/> | | |
| Per E-Mail | <input type="checkbox"/> | E-Mail Adresse: | <input type="text"/> |
| Per SMS | <input type="checkbox"/> | Handynummer: | <input type="text"/> |

8. Sonstiges

| | | | |
|----------------------|----------------------|--|--|
| Bemerkungen | <input type="text"/> | | |
| Anfahrtsbeschreibung | <input type="text"/> | | |

Ich wurde darüber informiert und bin einverstanden, dass die Gespräche im Rahmen der Notrufbearbeitung zum Zwecke der Nachweisführung und Dokumentation der Notrufbearbeitung aufgezeichnet werden. Die Gesprächsaufzeichnungen werden nach spätestens einem Monat gelöscht.

Ort, Datum



Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreters

Datenschutzhinweis (§ 67 SGB X): Die Angaben werden zur Prüfung der Leistungspflicht benötigt die Datenerhebung beruht auf § 94 SGB XI.

KOSTENLOSER HAUSNOTRUF

* für alle Kunden mit anerkanntem Pflegegrad

Unsere Lösung. Ihre Sicherheit.

Kostenlos & Rundum-Sorglos Paket



Bsp. Sturzsensoren



Bsp. Hausnotrufgerät



Bsp. Funkhandsender

- ✔ Individuell vorkonfigurierte Hardware für Mobilnetze:
Auspacken, einstecken, einschalten
- einsatzbereit!
- ✔ Technischer Support:
Sie können jederzeit unsere Mitarbeiter erreichen, wenn Sie Fragen haben
- ✔ Zertifiziert und durch die Pflegekassen anerkannt

Bereitstellung des Hausnotrufgeräts und der 24-Stunden-Zentrale
modernes Alarmgerät, das zuverlässig Hilferufe erkennt

Sturzerkennung via mobilem Sendeknopf
automatische Erkennung von akuten Stürzen

Sturz Früherkennung
Hinweis an Sie und Ihre Angehörigen, wenn ein Risiko erkannt wird