



ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR EIN HAUSNOTRUFGERÄT

Die mit *-markierten Felder sind Pflichtfelder!

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

Frau Herr

Nachname*

Straße, Nr.*

Vorname*

PLZ, Ort*

Telefon*

E-Mail

Geb. Datum*

gesetzlich versichert privat versichert

An: Krankenkasse (Pflegekasse)

Pflegekasse*

PLZ, Ort*

Straße, Nr.

KV-Nr.*

*KV-Nr. = Krankenversichertennummer (10-stellig) auf Ihrer Gesundheitskarte

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 zuzahlungs- frei 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 (zzgl. MwSt) 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/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreters



STAMMDATEN NOTRUFSYSTEME - ANMELDUNG

Die mit *-markierten Felder sind Pflichtfelder!

interne Angaben (durch semamed auszufüllen): Serien-Nr. / Geräte ID

Gerätetyp

1. Weitere Daten zur versicherten Person (Person, für die der Hausnotruf eingerichtet wird)

Nachname*

Frau

Herr

Vorname*

Geb. Datum*

Erkrankungen

Medikamente

Pflegegrad vorhanden*

Ja, mit Kostenübernahme

Ja, ohne Kostenübernahme

Unbekannt

Kein Pflegegrad

Gesprächsaufzeichnung

Die Person wurde darüber informiert, 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.

Die Person ist mit der Gesprächsaufzeichnung einverstanden.

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

Nachname

Frau

Herr

Vorname

Geb. Datum

Erkrankungen

Medikamente

Gesprächsaufzeichnung

Die Person wurde darüber informiert, 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.

Die Person ist mit der Gesprächsaufzeichnung einverstanden.



3. Anschrift

Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Wohnanlage

Wohnungsnummer	<input type="text"/>	Telefon* (1)	<input type="text"/>
Etage	<input type="text"/>	Telefon (2)	<input type="text"/>
Straße*	<input type="text"/>	Telefon (3)	<input type="text"/>
PLZ/ Wohnort*	<input type="text"/>		

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

1. Bezugsperson (es ist zu empfehlen, immer eine direkte Bezugsperson anzugeben)

Nachname	<input type="text"/>	Beziehung zum/ zur TeilnehmerIn:/ Bemerkung	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>		
Straße, Nr.	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Schlüssel vorhanden	<input type="checkbox"/> ggf. Schlüssel(box)-Nr. <input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Fahrzeit	<input type="text"/>

2. Bezugsperson

Nachname	<input type="text"/>	Beziehung zum/ zur TeilnehmerIn:/ Bemerkung	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>		
Straße, Nr.	<input type="text"/>		
PLZ, Ort	<input type="text"/>	Schlüssel vorhanden	<input type="checkbox"/> ggf. Schlüssel(box)-Nr. <input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	Fahrzeit	<input type="text"/>

5. Im Notfall zusätzlich zu benachrichtigen

Rettungsdienst:

Falls keine Angaben hinterlegt werden, wird standardmäßig der ärztliche Bereitschaftsdienst und die bei Ihnen ansässige Rettungsleitstelle hinterlegt.

Name	<input type="text"/>		
Anschrift	<input type="text"/>		
Telefon	<input type="text"/>	Schlüssel vorhanden	<input type="checkbox"/> ggf. Schlüssel(box)-Nr. <input type="text"/>



5. Im Notfall zusätzlich zu benachrichtigen

Ärztlicher Notdienst

Name

Anschrift

Telefon

Schlüssel
vorhanden

ggf. Schlüssel(box)-Nr.

Hausarzt

Name

Anschrift

Telefon

Schlüssel
vorhanden

ggf. Schlüssel(box)-Nr.

6. Automatischer Versand für diesen Teilnehmer mit bestimmten Bezugspersonen, bzw. beruflichen Hilfspersonen

Bezeichnung der 1. Bezugsperson

 Per E- Mail Per SMS

E- Mail Adresse

Handynummer

Wann soll die
Person informiert
werden?

bei Notrufen inkl. Fehlalarmen

bei technischen Meldungen

Bezeichnung der 2. Bezugsperson

 Per E- Mail Per SMS

E- Mail Adresse

Handynummer

Wann soll die
Person informiert
werden?

bei Notrufen inkl. Fehlalarmen

bei technischen Meldungen

7. Sonstiges

Bemerkungen zum/ zur TeilnehmerIn, ggf. Anfahrtsbeschreibung

Anfahrtsbeschreibung