

## Anlage 6 - Antrag auf Kostenübernahme Hausnotrufsystem

---

Name, Vorname des Versicherten

---

Versichertennummer

---

Telefonnummer (freiwillig)

---

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

---

Anschrift

---

Name, Anschrift zuständige Pflegekasse

Ich beantrage ab

| \_ | \_ | . | \_ | \_ | . | \_ | \_ | \_ | \_ |

die Kostenübernahme für ein Hausnotrufsystem

| 5 | 2 | 4 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 8 | 1 |

durch folgenden Leistungserbringer

**590 400 402**

---

Institutionskennzeichen

acavi GmbH - Notruf Nord, Heerenholz 16, 28307 Bremen, Internet: [www.notruf-nord.de](http://www.notruf-nord.de), E-Mail: [info@notruf-nord.de](mailto:info@notruf-nord.de)

**Name, Anschrift oder ggf. Stempel des Leistungserbringers**

**Gründe** (Mehrfachnennung möglich)

- ich bin alleinlebend oder über weite Teile des Tages alleinlebend
- ich, oder eine andere im Haushalt lebende Person, kann mit einem handelsüblichen Telefon keinen Hilferuf absetzen und aufgrund meines Krankheitszustandes ist bei mir jederzeit mit einer Notsituation zu rechnen

**Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:**

- mich  meinen Hausnotrufanbieter
- meinen gesetzlichen Betreuer  meinen Pflegedienst

---

**Name, ggf. Anschrift**

---

**Telefonnummer und oder Emailadresse**

**Anschluss des Hausnotrufsystems:**

- das Hausnotrufsystem wurde noch nicht in Betrieb genommen.
- Das Hausnotrufsystem wurde am \_\_\_\_\_ in Betrieb genommen  
Datum (TT MM JJJJ)

---

Datum (TT MM JJJJ)




---

Unterschrift Versicherte/ r oder gesetzlicher Vertreter