

1

ANTRAG KOSTENÜBERNAHME HAUSNOTRUFGERÄT

Versichertenerklärung und Antrag auf Versorgung mit einem WISADA Hausnotrufsystem (IK 330804375)
Bitte in Druckbuchstaben vollständig ausfüllen, unterschreiben und an WISADA Pflegehilfsmittel senden.

+ MEINE DATEN (oder bevollmächtigten Betreuer)

Behilfsanspruch: Ja Nein

Frau Herr Vorname:

Nachname:

Geb. Datum:

Straße, Nr.:

E-Mail:

PLZ, Ort*:

+ GESUNDHEITSKARTE

1 Name Versicherung:

2 Versicherung:

2 Versicherten-Nr.:



+ ANGABEN ZUM LEISTUNGSANTRAG

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich verfüge über den Pflegegrad: 1 2 3 4 5
über Behilfsansprüche: Ja Nein

Ich bin allein lebens bzw. über weite Teile des Tages allein lebend. Es ist jederzeit aufgrund meines Krankheits-/Pflegezustandes mit dem Eintritt einer Notsituation zu rechnen, in der es mir nur mit Hilfe des Hausnotrufsystems möglich ist, einen Notruf abzusetzen.

+ MEINE BEZUGSPERSON/ PFLEGEPERSON (BP)

Vorname:

Name:

Str., Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

+ VERSICHERTENERKLÄRUNG UND ANTRAG AUF VERSORUNG

ich bin über weite Teile des Tages alleinlebend bzw. mein/e Mitbewohner/in ist aufgrund seiner/ihrer körperlichen/geistigen Einschränkung nicht in der Lage, in Notsituationen einen Hilferuf selbstständig 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.

Bei Bewilligung bitte ich Sie, eine Kopie der Bewilligung an [WISADA Pflegehilfsmittel GmbH, info@pflageset.de](mailto:info@pflageset.de) zu senden.



ORT, DATUM



UNTERSCHRIFT VERSICHERTER



2 WISADA - MIETVERTRAG

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Felder mit * sind Pflichtfelder.

+ MEINE DATEN (WISADA Kunde)

Frau Herr Vorname*:
 Geb. Datum*:
 Adresszusatz:
 E-Mail:

Nachname*:
 Straße, Nr.*:
 PLZ, Ort*:
 Telefon:

+ MEINE HAUSNOTRUFGERÄT

BASISSTATION

- + Basisstation (Festnetz/ Internet) inkl. Funksender
- + integrierter SIM-Karte
- + Alle Gesprächskosten
- + 24-Stunden Notrufzentrale



30,35 € im Monat
(Keine Einrichtungsgebühr)

Mit Pflegegrad kostenlos

+ KONTAKTLISTE

Im Notfall sind folgende Personen zu benachrichtigen (es sollte mindestens ein Kontakt angegeben sein):

Vorname, Nachname, Beziehung	Telefon/ Handy	Wegzeit (min)	Schlüssel	
			Ja	Nein
			Ja	Nein
			Ja	Nein

+ WISADA GERÄTEANSCHLUSS

Ein Antrag auf Kostenübernahme wurde/wird bei einem Kostenträger gestellt.

Ich möchte den Anschluss erst nach Genehmigung,
 oder möglichst bald und trete in Vorleistung.

+ SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT (Bei Privat- Versicherung)

Ich ermächtige die WISADA Pflegehilfsmittel GmbH, Zahlungen von meinem Konto per Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, entsprechende Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kontoinhaber:

IBAN: **D E**

Mit Unterzeichnung akzeptiere ich die Vertragsbedingungen, den Mietvertrag mit WISADA Pflegehilfsmittel GmbH.



ORT, DATUM



UNTERSCHRIFT VERSICHERTER



3

STAMMDATEN FÜR NOTRUFSYSTEM

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



1.PERSON (oder bevollmächtigten Betreuer)

Felder mit * sind Pflichtfelder.

Frau Herr Vorname*:

Medikamente:

Nachnahme:

Geb. Datum.:

Erkrankungen:

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



2.PERSON (ggf. Ehepartner, Lebenspartner,ect.)

Felder mit * sind Pflichtfelder.

Frau Herr Vorname*:

Medikamente:

Nachnahme:

Geb. Datum.:

Erkrankungen:

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



WOHNSITUATION

Felder mit * sind Pflichtfelder.

Wohnanlage Einfamilienhaus Mehrfamilienhaus Etage:

Straße, Nr.: Wohnungsnr.:

PLZ; Ort.:



BEMERKUNGEN/ ANFAHRTSBESCHREIBUNG

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 VERSICHERTER

