
Antrag auf Kostenübernahme für ein Notrufsystem
Kostenvoranschlag (§ 78 Abs. 1 SGB XI)
Grundkosten monatlich Euro 23,00

_____, den _____

Sehr geehrte Damen und Herren,
hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für ein Notrufsystem:

Name, Vorname: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Versicherungsnummer: _____ Pflegegrad: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Ich habe seitdem _____ ein Notrufsystem vom Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Märkisch-Oder-Havel-Spree e.V., Tel: 03361-59670, Fax 03361/7694970, IK-Nr. 501 200 322.

Ich darf dieses leihweise überlassene Pflegehilfsmittel keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Sobald ich dieses Pflegehilfsmittel nicht mehr benötige, informiere ich den Vermieter unter der Tel: 03341-217095, damit das Gerät abgeholt werden kann.

Ich erwarte Ihren baldigen Bescheid. Eine Kopie senden Sie bitte an das Deutsche Rote Kreuz, Kreisverband Märkisch-Oder-Havel-Spree e.V., Dr.Wilhelm-Külz-Str.37-38, 15517 Fürstenwalde oder als E-Mail an: Hausnotruf@drk-mohs.de

Mit freundlichen Grüßen

Antragssteller oder Stellvertreter