

---

---

---

Antrag auf Kostenübernahme für ein Notrufsystem. Kostenvoranschlag (§ 78 Abs. 1 SGB XI)  
**IK-Nr. 501 200 322.** 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](mailto:Hausnotruf@drk-mohs.de)

Mit freundlichen Grüßen

---

Antragssteller oder Stellvertreter

**Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Märkisch-Oder-Havel-Spree e.V.**  
Dr. Wilhelm-Külz-Str. 37-38 | 15517 Fürstenwalde | 03361-59670 | [www.drk-mohs.de](http://www.drk-mohs.de) | E-Mail:  
[hausnotruf@drk-mohs.de](mailto:hausnotruf@drk-mohs.de)