

Krankenkasse / Antrag auf anteilige Kostenübernahme

Anlage zum Hausnotruf-Dienst-Vertrag

Kunden-Nummer _____

Name

Adresse

PLZ / Ort

Versichertennummer: _____

Krankenkasse: _____

Pflegegrad: ja ☐ nein ☐ beantragt ☐ (Das DRK wird über einen positiven Bescheid informiert)

Hiermit erteile ich dem Kreisverband Odenwaldkreis e.V. bei einem vorhandenen Pflegegrad oder im Falle einer Einstufung in einen Pflegegrad, die Beantragung der anteiligen Kostenübernahme bei meiner Krankenkasse für den Hausnotruf. Eine Verringerung der monatlichen Gebühren für das Hausnotrufsystem kann erst nach erfolgter Genehmigung durch die Krankenkasse erfolgen.

Ort/Datum

Unterschrift Teilnehmer / gesetzlicher Vertreter