

DRK-Aufnahmebogen für den Hausnotruf

Wir beraten Sie gerne:
07641 - 4601 30

Ich habe mich für folgende Vertragsart entschieden:

Basispaket **ohne** Schlüsselhinterlegung /
monatl. Miete 25,50 €
(Angabe von 3-4 Kontaktpersonen)

Komfortpaket **mit** Schlüsseldepot beim DRK /
monatl. Miete 52 €
**(Angabe von 2-3 Kontaktpersonen +
Hintergrunddienst des DRK)**

Basispaket Uhr/Mobil
ohne Schlüsselhinterlegung / monatl. Miete 40,00 €
(Angabe von 3-4 Kontaktpersonen)

Komfortpaket-Uhr/Mobil mit Schlüsseldepot beim DRK / monatl. Miete 65 €
(Angabe von 2-3 Kontaktpersonen +Hintergrunddienst des DRK)

Installationstermin / Anschluss des Hausnotrufes

Termin zum Anschluss des Hausnotrufes
ist geplant am / um:

Ich habe noch keinen Termin zum Anschluss - Bitte
kontaktieren sie mich zur Terminvereinbarung unter:

Daten Hausnotrufteilnehmer/in

Ehe-/Lebenspartner*in

Name / Vorname

Geburtsdatum

Strasse / Haus Nr.

PLZ / Ort

Tel. Nr. / Mobil

Krankenkasse

Vers.-Nummer

Pflegegrad ___0 ___1 ___2 ___3 ___4 ___5 ___0 ___1 ___2 ___3 ___4 ___5

Privat versichert

2. Funksender, 5,00 €/Monat

Hausarzt

Stockwerk

Erkrankungen /

insulinpflichtiger Diabetes mellitus

medikamentös behandelte Epilepsie

Beeinträchtigungen

schwerwiegende Allergien mit vorbestehenden anaphylaktischen Ereignissen

Medikationen

Insulin

Blutverdünner

Kontaktpersonen - im Umkreis von 20 km und mit Schlüssel zu meiner Wohnung

Bitte beachten Sie die Reihenfolge - Kontaktperson 1 wird auch als erstes alarmiert!

Kontaktperson 1

Vorname / Name

Bezug zum Teilnehmer

Anschrift

Telefon / Handy Nr.

Kontaktperson 2

Vorname / Name

Bezug zum Teilnehmer

Anschrift

Telefon / Handy Nr.

Kontaktperson 3

Vorname / Name

Bezug zum Teilnehmer

Anschrift

Telefon / Handy Nr.

Kontaktperson 4

Vorname / Name

Bezug zum Teilnehmer

Anschrift

Telefon / Handy Nr.

Bezugsperson

Vorname / Name

Bezug zum Teilnehmer

Anschrift

Telefon / Handy Nr.

Mailadresse

Vorsorgevollmacht

vorhanden (Kopie der Vorsorgevollmacht **nicht** notwendig)

Beratungs- und Mehrkostendokumentation gemäß § 127 Absatz 5 SGB V

Name / Vorname

Geburtsdatum

Krankenkasse

KV-Nummer

Leistungserbringer DRK Kreisverband Emmendingen e.V.
IK-Nummer: 500833245

Hausnotrufsystem

An der Beratung teilgenommen haben neben der/dem Versicherten:

BERATUNG

Datum der Beratung:

Der o. g. Leistungserbringer hat mich persönlich (ggf. gesetzl. Vertreter) vor der Versorgung mit dem Hausnotrufsystem umfassend beraten.

Die Beratung umfasste insbesondere:

- Informationen über die Inhalte der mehrkostenfreien Versorgung mit einem Hausnotrufsystem
- die Aufklärung über Hausnotruffleistungen bzw. geeignete Maßnahmen für die konkrete Versorgungssituation im Einzelfall
- das Darlegen der hierfür notwendigen Voraussetzungen (z. B. Austausch von Daten, Stromversorgung und Telefonverbindung),
- die Auskunft über die Gefahr eines Stromausfalls bei einem Telefonanschluss über ein stromgespeistes Anschlussgerät (Router),
- die Information darüber, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Hausnotrufsysteme und in dem finanziellen Umfang und ab dem Zeitpunkt übernimmt, soweit eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse vorliegt,
- Ausführungen über Art und Höhe von Mehrkosten, die von der bzw. dem Versicherten selbst zu tragen sind, wenn von ihr bzw. ihm über den Vertrag hinausgehende Leistungen (Mehrleistungen) gewählt werden.

Ich habe mich nach der Beratung für das o. a. Hausnotrufsystem entschieden.

MEHRKOSTENERKLÄRUNG

Über die Möglichkeit einer qualitativ hochwertigen mehrkostenfreien Versorgung bin ich aufgeklärt worden.

Ich habe mich für ein mehrkostenfreies Versorgungsangebot im Rahmen der Leistungspflicht der Sozialen Pflegeversicherung ohne private Zusatzleistungen entschieden. Zusatzkosten wie Anschlussgebühren oder sonstige Mehrkosten sind ausgeschlossen und können vom Leistungserbringer nicht erhoben werden.

Ich habe mich für ein mehrkostenpflichtiges Versorgungsangebot entschieden und wünsche ausdrücklich zusätzliche Dienstleistungen oder Produkte, die die Leistungspflicht der Sozialen Pflegeversicherung übersteigen. Daraus entstehende Mehr- und Folgekosten (auch Reparaturen) trage ich. Mir ist bekannt, dass eine Erstattung gezahlter Mehrkosten durch meine Pflegekasse ausgeschlossen ist.

Die von mir persönlich zu tragenden Mehrkosten sind ausgelöst durch:

Schlüsseldepot Helfereinsatz / Hintergrunddienst

Einmalige Organisationspauschale

GSM Gerät mit SIM Karte

Lebenszeichenfunktion durch die Tagestaste

2ter Funkfinger

Sensoren

Weitere Zusatzleistungen

Die Mehrkosten betragen: einmalig _____ EUR und/oder

monatlich _____ EUR

Mit der Weitergabe dieser Erklärung an meine Pflegekasse bin ich einverstanden. Ein Mehrexemplar dieser Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r (bzw. gesetzl. Vertreter, soweit bestellt)

Hinweis: Dieses Dokument wird am Anschlussstag ausgefüllt und unterschrieben.