

**Daten der Pflegekasse des Antragstellers**

Pflegekasse

Versicherungsnummer  
des Antragstellers

## Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit einem Hausnotruf

Ich beantrage hiermit die Kostenübernahme zur Versorgung mit folgendem Pflegehilfsmittel:  
**Hausnotrufdienst mit Anschluss an die Notrufzentrale**

Ich wünsche/ habe seit \_\_\_\_\_ einen Hausnotruf-Anschluss bei der

**GenoVital Betreuung UG**  
**Stregdaer Allee 44a, 99817 Eisenach**

Tel.: 03691 82130  
**IK-Nr. 461606629**

**Kostenvorschlag** (§ 78 Abs. 1 SGB XI)

Grundgebühr monatlich EUR 23,00.

Die Abrechnung erfolgt lt. Vertrag mit dem Spitzenverband der Pflegekassen.

Name:

Vorname:

PLZ / Ort:

Straße:

Telefon:

Geburtsdatum:

Ich erwarte Ihren baldigen Bescheid. Eine Kopie senden Sie bitte an die GenoVital Betreuung UG.

**Begründung der Maßnahme:**

allein lebend     sturzgefährdet     sonstiges: \_\_\_\_\_

**Pflegegrad ist:**     beantragt     erteilt

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller (Versicherter bzw. Bevollmächtigter)