

3 Antrag auf Kostenübernahme

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Bei welcher Pflegekasse sind Sie versichert?

AOK Rheinland/Hamburg

Personen, die bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert und in eine Pflegestufe eingestuft worden sind, können dieses Formular **direkt an Vitakt schicken**. Wenn Ihre Pflegekasse dem Anspruch auf Versorgung mit einem Vitakt-Hausnotrufsystem aufgrund des von Ihnen erklärten Leistungsanspruchs nicht widerspricht, ist diese Leistung für Sie zuzahlungsfrei.

andere Pflegekasse

Pflegekasse:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Information für Ihre Pflegekasse

Antrag auf Kostenübernahme
für ein Hausnotrufsystem
IK Nr.: 590550621
Pos. Nr.: 52.40.01.1010

Meine Daten (Vitakt-Kunde):

Vor-/Name: <input type="text"/>	Tel.Nr.: <input type="text"/>
Straße/Nr.: <input type="text"/>	Geb.Datum: <input type="text"/>
PLZ/Ort: <input type="text"/>	Vers.Nr.: <input type="text"/>

Gründe für die Beantragung des Hausnotrufsystems sind:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Ich verfüge seit dem <input type="text"/> über eine Pflegestufe. | <input type="radio"/> Ich habe am <input type="text"/> die Pflegestufe beantragt. |
| <input type="radio"/> Ich verfüge über einen Beihilfeanspruch. | <input type="radio"/> Mein/e Mitbewohner/in ist aufgrund seiner/ihrer körperlichen/geistigen Einschränkung nicht in der Lage in Notsituationen einen Hilferuf selbstständig abzusetzen. |
| <input type="radio"/> Ich bin über weite Teile des Tages alleinlebend. | <input type="radio"/> Aufgrund meines Krankheits-/Pflegezustandes ist bei mir jederzeit eine lebensbedrohliche Zustandsverschlechterung zu erwarten. |
| <input type="radio"/> Ich bin sturzgefährdet. | |
| <input type="radio"/> In Notsituationen kann ich mit einem handelsüblichen Telefon keinen Hilferuf absetzen. | |

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> mich, den Vitakt-Kunden | <input type="radio"/> meinen Angehörigen |
| <input type="radio"/> meinen gesetzlichen Betreuer | <input type="radio"/> meinen Pflegedienst bzw. Vitakt-Partner |

mit folgender Adresse:

Vor-/Name: <input type="text"/>	PLZ/Ort: <input type="text"/>
Straße/Nr.: <input type="text"/>	Tel.Nr.: <input type="text"/>

Anschluss des Hausnotrufsystems:

- Das Vitakt-Hausnotrufsystem ist noch nicht in Betrieb genommen worden. Ich beauftrage Vitakt, meine Pflegekasse unverzüglich zu benachrichtigen, wenn das Vitakt-Hausnotrufsystem bei mir in Betrieb genommen worden ist.
- Das Vitakt-Hausnotrufsystem ist am in Betrieb genommen worden.

Erklärung zum Erhalt des Pflegehilfsmittels:

- Ich habe die Erklärung zum Erhalt des Pflegehilfsmittels auf der Rückseite des Antrags auf Kostenübernahme gelesen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden, gesetzlichen Vertreters etc.

Auftrag der Pflegekasse zur Bereitstellung eines Hausnotrufsystems:

Wir beauftragen Vitakt, ein Vitakt-Hausnotrufsystem zu den vertraglich vereinbarten Sätzen von 18,36 € monatlich, zzgl. einmalig 10,49 € Einrichtungsgebühr (Umsätze nach § 4 Nr.16e UstG) für den o.g. Versicherten bereitzustellen.

<p>Durch Ihre Pflegekasse auszufüllen:</p> <p><input type="text"/></p> <p>Stempel / Anschrift der Pflegekasse</p>	<input type="radio"/> ab sofort	<input type="radio"/> ab dem <input type="text"/>
	<input type="radio"/> der o.g. Versicherte ist zu <input type="text"/> % beihilfeberechtigt.	
	<p>Ansprechpartner: <input type="text"/></p> <p><small>(Bitte leserlich für Rückfragen)</small></p> <p>Ort, Datum: <input type="text"/></p>	

3 Antrag auf Kostenübernahme

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Bei welcher Pflegekasse sind Sie versichert?

AOK Rheinland/Hamburg
 Personen, die bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert und in eine Pflegestufe eingestuft worden sind, können dieses Formular **direkt an Vitakt schicken**. Wenn Ihre Pflegekasse dem Anspruch auf Versorgung mit einem Vitakt-Hausnotrufsystem aufgrund des von Ihnen erklärten Leistungsanspruchs nicht widerspricht, ist diese Leistung für Sie zuzahlungsfrei.

andere Pflegekasse

Pflegekasse:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Information für Ihre Pflegekasse
 Antrag auf Kostenübernahme
 für ein Hausnotrufsystem
 IK Nr.: 590550621
 Pos. Nr.: 52.40.01.1010

Meine Daten (Vitakt-Kunde):

Vor-/Name: <input type="text"/>	Tel.Nr.: <input type="text"/>
Straße/Nr.: <input type="text"/>	Geb.Datum: <input type="text"/>
PLZ/Ort: <input type="text"/>	Vers.Nr.: <input type="text"/>

Gründe für die Beantragung des Hausnotrufsystems sind:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Ich verfüge seit dem <input type="text"/> über eine Pflegestufe. | <input type="radio"/> Ich habe am <input type="text"/> die Pflegestufe beantragt. |
| <input type="radio"/> Ich verfüge über einen Beihilfeanspruch. | <input type="radio"/> Mein/e Mitbewohner/in ist aufgrund seiner/ihrer körperlichen/geistigen Einschränkung nicht in der Lage in Notsituationen einen Hilferuf selbstständig abzusetzen. |
| <input type="radio"/> Ich bin über weite Teile des Tages alleinlebend. | <input type="radio"/> Aufgrund meines Krankheits-/Pflegezustandes ist bei mir jederzeit eine lebensbedrohliche Zustandsverschlechterung zu erwarten. |
| <input type="radio"/> Ich bin sturzgefährdet. | |
| <input type="radio"/> In Notsituationen kann ich mit einem handelsüblichen Telefon keinen Hilferuf absetzen. | |

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> mich, den Vitakt-Kunden | <input type="radio"/> meinen Angehörigen |
| <input type="radio"/> meinen gesetzlichen Betreuer | <input type="radio"/> meinen Pflegedienst bzw. Vitakt-Partner |

mit folgender Adresse:

Vor-/Name: <input type="text"/>	PLZ/Ort: <input type="text"/>
Straße/Nr.: <input type="text"/>	Tel.Nr.: <input type="text"/>

Anschluss des Hausnotrufsystems:

- Das Vitakt-Hausnotrufsystem ist noch nicht in Betrieb genommen worden. Ich beauftrage Vitakt, meine Pflegekasse unverzüglich zu benachrichtigen, wenn das Vitakt-Hausnotrufsystem bei mir in Betrieb genommen worden ist.
- Das Vitakt-Hausnotrufsystem ist am in Betrieb genommen worden.

Erklärung zum Erhalt des Pflegehilfsmittels:

- Ich habe die Erklärung zum Erhalt des Pflegehilfsmittels auf der Rückseite des Antrags auf Kostenübernahme gelesen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden, gesetzlichen Vertreters etc.

Auftrag der Pflegekasse zur Bereitstellung eines Hausnotrufsystems:

Wir beauftragen Vitakt, ein Vitakt-Hausnotrufsystem zu den vertraglich vereinbarten Sätzen von 18,36 € monatlich, zzgl. einmalig 10,49 € Einrichtungsgebühr (Umsätze nach § 4 Nr.16e UstG) für den o.g. Versicherten bereitzustellen.

Durch Ihre Pflegekasse auszufüllen:

<input type="text"/>	<input type="radio"/> ab sofort	<input type="radio"/> ab dem <input type="text"/>
	<input type="radio"/> der o.g. Versicherte ist zu <input type="text"/> % beihilfeberechtigt.	
	Ansprechpartner: <input type="text"/> <small>(Bitte leserlich für Rückfragen)</small>	
Stempel / Anschrift der Pflegekasse	Ort, Datum: <input type="text"/>	

3 Antrag auf Kostenübernahme

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

Bei welcher Pflegekasse sind Sie versichert?

AOK Rheinland/Hamburg
 Personen, die bei der AOK Rheinland/Hamburg versichert und in eine Pflegestufe eingestuft worden sind, können dieses Formular **direkt an Vitakt schicken**. Wenn Ihre Pflegekasse dem Anspruch auf Versorgung mit einem Vitakt-Hausnotrufsystem aufgrund des von Ihnen erklärten Leistungsanspruchs nicht widerspricht, ist diese Leistung für Sie zuzahlungsfrei.

andere Pflegekasse

Pflegekasse:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Information für Ihre Pflegekasse
 Antrag auf Kostenübernahme
 für ein Hausnotrufsystem
 IK Nr.: 590550621
 Pos. Nr.: 52.40.01.1010

Meine Daten (Vitakt-Kunde):

Vor-/Name: <input type="text"/>	Tel.Nr.: <input type="text"/>
Straße/Nr.: <input type="text"/>	Geb.Datum: <input type="text"/>
PLZ/Ort: <input type="text"/>	Vers.Nr.: <input type="text"/>

Gründe für die Beantragung des Hausnotrufsystems sind:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Ich verfüge seit dem <input type="text"/> über eine Pflegestufe. | <input type="radio"/> Ich habe am <input type="text"/> die Pflegestufe beantragt. |
| <input type="radio"/> Ich verfüge über einen Beihilfeanspruch. | <input type="radio"/> Mein/e Mitbewohner/in ist aufgrund seiner/ihrer körperlichen/geistigen Einschränkung nicht in der Lage in Notsituationen einen Hilferuf selbstständig abzusetzen. |
| <input type="radio"/> Ich bin über weite Teile des Tages alleinlebend. | <input type="radio"/> Aufgrund meines Krankheits-/Pflegezustandes ist bei mir jederzeit eine lebensbedrohliche Zustandsverschlechterung zu erwarten. |
| <input type="radio"/> Ich bin sturzgefährdet. | |
| <input type="radio"/> In Notsituationen kann ich mit einem handelsüblichen Telefon keinen Hilferuf absetzen. | |

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> mich, den Vitakt-Kunden | <input type="radio"/> meinen Angehörigen |
| <input type="radio"/> meinen gesetzlichen Betreuer | <input type="radio"/> meinen Pflegedienst bzw. Vitakt-Partner |

mit folgender Adresse:

Vor-/Name: <input type="text"/>	PLZ/Ort: <input type="text"/>
Straße/Nr.: <input type="text"/>	Tel.Nr.: <input type="text"/>

Anschluss des Hausnotrufsystems:

- Das Vitakt-Hausnotrufsystem ist noch nicht in Betrieb genommen worden. Ich beauftrage Vitakt, meine Pflegekasse unverzüglich zu benachrichtigen, wenn das Vitakt-Hausnotrufsystem bei mir in Betrieb genommen worden ist.
- Das Vitakt-Hausnotrufsystem ist am in Betrieb genommen worden.

Erklärung zum Erhalt des Pflegehilfsmittels:

- Ich habe die Erklärung zum Erhalt des Pflegehilfsmittels auf der Rückseite des Antrags auf Kostenübernahme gelesen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Ort, Datum

Unterschrift des Kunden, gesetzlichen Vertreters etc.

Auftrag der Pflegekasse zur Bereitstellung eines Hausnotrufsystems:

Wir beauftragen Vitakt, ein Vitakt-Hausnotrufsystem zu den vertraglich vereinbarten Sätzen von 18,36 € monatlich, zzgl. einmalig 10,49 € Einrichtungsgebühr (Umsätze nach § 4 Nr.16e UstG) für den o.g. Versicherten bereitzustellen.

Durch Ihre Pflegekasse auszufüllen:

<input type="text"/>	<input type="radio"/> ab sofort	<input type="radio"/> ab dem <input type="text"/>
	<input type="radio"/> der o.g. Versicherte ist zu <input type="text"/> % beihilfeberechtigt.	
	Ansprechpartner: <input type="text"/> <small>(Bitte leserlich für Rückfragen)</small>	
Stempel / Anschrift der Pflegekasse	Ort, Datum: <input type="text"/>	

Leistungen der Pflegekasse entsprechend dem Vertrag zwischen Vitakt und den Spitzenverbänden der Pflegekassen.

Die beschriebenen Leistungen meiner Pflegekasse sind ausreichend und zweckmäßig. Sie sind für mich nach Antragsgenehmigung als Sachleistung zuzahlungsfrei.

1. Bereitstellung des Vitakt-Hausnotrufsystems (Vitakt-Sender, Empfänger) in augenscheinlich hygienisch und technisch einwandfreiem Zustand.
2. Einweisung des Versicherten sowie aller beteiligten Personen in den Gebrauch des Vitakt-Hausnotrufsystems.
3. Abstimmung eines Maßnahmenplans (Notrufverfolgungsliste).
4. Programmierung des Vitakt-Hausnotrufsystems über das Telefonnetz an eine 24 Stunden besetzte Vitakt-Servicezentrale an erster Stelle und Einleitung der erforderlichen Maßnahmen nach dem Notrufverfolgungsplan entsprechend der jeweiligen Situation.
5. Sicherstellung der technisch einwandfreien Funktion des Hausnotrufsystems einschließlich der Anbindung an die Notrufzentrale während der Versorgungsdauer durch automatische Selbsttests des Vitakt-Hausnotrufsystems und Testauslösungen durch den Versicherten.
6. Unverzögliche Beseitigung von Mängeln am Vitakt-Hausnotrufsystem durch Instandsetzung oder Ersatz.

Erklärung zum Erhalt des Pflegehilfsmittels

Wenn meine Pflegekasse feststellt, dass ich einen Anspruch auf die Versorgung mit einem Vitakt-Hausnotrufsystem habe, ist diese Leistung für mich zuzahlungsfrei. Ich bin von Vitakt darüber informiert worden, dass die Versorgung mit dem Vitakt-Hausnotrufsystem durch meine Pflegekasse umseitige Leistungen beinhaltet, die von Vitakt zuzahlungsfrei erbracht werden.

Sollte ich mich für Dienstleistungen entscheiden, die über die umseitig beschriebenen hinausgehen, muss ich die Mehrkosten selbst übernehmen.

Ich erhalte das Vitakt-Hausnotrufsystem leihweise. Ich darf dieses leihweise überlassene Vitakt-Hausnotrufsystem keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Sobald ich das Vitakt-Hausnotrufsystem nicht mehr benötige, informiere ich Vitakt und meine Pflegekasse unverzüglich. Ich bin verpflichtet, das Vitakt-Hausnotrufsystem schonend zu behandeln und zu pflegen.

Ich beantrage die leihweise Überlassung des technischen Pflegehilfsmittels Vitakt-Hausnotruf (Pos. Nr.: 52.40.01.1010). Eine Durchschrift dieses Antrags und dieser Erklärung zum Erhalt des Pflegehilfsmittels Vitakt-Hausnotruf habe ich erhalten. Mit den allgemeinen Nutzungsbedingungen des Vitakt-Hausnotrufsystems (Rückseite des Vitakt-Vertrags) bin ich einverstanden.

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne jederzeit unter der Tel.Nr.: 0 59 71 / 93 43 10 zur Verfügung.

zurück an: Fax 0 59 71 / 93 43 80

oder schicken Sie die Durchschrift zurück an Vitakt.

Vitakt Hausnotruf GmbH
Postfach 2101
48411 Rheine