

Nachname, Vorname: _____
der / des Pflegebedürftigen
Straße, Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Versichertennummer: _____ Geburtsdatum: _____



Techniker Krankenkasse
20902 Hamburg

Hausnotrufsystem – meine Angaben

Bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. ausfüllen und Unterschrift nicht vergessen.

Ich bin am Tag länger allein zu Hause, weil

Ich brauche das Hausnotrufgerät aus einem anderen Grund:

Der Anschluss ist geplant bzw. schon erfolgt am _____
Tag Monat Jahr

Der Anschlussstermin steht noch nicht fest.

Falls Sie einen Anbieter beauftragt haben, geben Sie ihn bitte an.

Name des Anbieters

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Eine Notsituation kann jederzeit eintreten, da ich folgende Beschwerden habe:

Bewusstseins-Störungen Gleichgewichts-Störungen und Fallneigung

Herzbeschwerden andere Beschwerden:

Weder ich noch eine andere Person, die mit mir zusammenwohnt, kann in einer Notsituation Hilfe mit einem Telefon rufen.

507165293416



Angaben für Rückfragen

Telefon

freiwillige Angabe

Datum, Unterschrift (ggf. gesetzliche Vertretung)

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Ihre Angaben richtig sind. Bitte teilen Sie uns Änderungen so schnell wie möglich mit.

Die persönlichen Daten (Sozialdaten) brauchen wir, um unsere Aufgaben richtig zu erledigen. Die Rechtsgrundlage ist § 94 SGB XI.