**SONOTEL**
Gemeinnützige Gesellschaft
für Hausnotruf und
Soziale Kommunikation mbH

HAUSNOTRUF-ZENTRALE
Rosengarten 17 · 22880 Wedel
Tel. 041 03 - 18 88 9 -10, Fax -19
e-mail: info@sonotel.de
www.sonotel-hausnotruf.de

**Institutionskennzeichen SONOTEL 590103297**

# Umseitig finden Sie Ihren Antrag auf zuzahlungsfreien Hausnotruf SONOTEL im Rahmen der Pflegeversicherung

## für Mitglieder im

SOZIALVERBAND VdK

Der HAUSNOTRUF gehört als Sachleistung zu den Pflegehilfsmitteln, auf die Pflegebedürftige auf Antrag kostenfrei Anspruch haben.*

* Nach Maßgabe des Pflegehilfsmittelverzeichnisses

# Antrag auf zuzahlungsfreien Hausnotruf gemäß Pflegeversicherungsgesetz

**Absender:**

.....

Name, Vorname | Straße | PLZ/Wohnort | Rücksprache/Telefon

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich den zuzahlungsfreien Hausnotruf gemäß Pflegeversicherungsgesetz für
mich selbst ❐ im Auftrage des Versicherten ❐

| Name, Vorname | Geburtsdatum |
|---|---|
| | |

Straße: .....

PLZ/Ort: ..... Telefon: .....

Versichert bei der gesetzlichen Pflegekasse/Private Krankenversicherung (bitte mit Ortsangabe)

.....

Versicherten-Nr.: .....

**Angaben zur Pflegebedürftigkeit**

Die Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungsgesetz ist bereits anerkannt ❐ ja ❐ nein

Ein Antrag auf Anerkennung der Pflegebedürftigkeit ist gestellt ❐ ja, am..... ❐ nein

**Begründung des Antrages**

❐ Ich bin alleinwohnend und über weite Teile des Tages in meiner Wohnung alleine.

**Den Hausnotruf benötige ich insbesondere, um sofortige Hilfe erhalten zu können, weil ich**

❐ mich infolge meiner Bewegungseinschränkung aus gefährlichen Situationen nicht selbst befreien kann

❐ unter Gleichgewichts- und Bewußtseinsstörungen, Fallneigung, Herzbeschwerden/Herzattacken leide.

❐ öfter unvorhergesehen auf Lagewechsel u.a.m. angewiesen bin.

❐ meine Pflegekraft nicht immer kurzfristig für unvorhergesehene Hilfeleistungen bei Schmerzen/Medikamenteneinnahme erreichen kann.

❐ Der Hausnotruf dient zur Erleichterung der Pflege durch meine Pflegekraft.

Ich möchte den Hausnotruf SONOTEL und erteile SONOTEL den Auftrag, die Bearbeitung meines Antrages bei der gesetzlichen Pflegekasse/Privaten Krankenversicherung entsprechend zu begleiten.

SONOTEL
HAUSNOTRUF-ZENTRALE
Rosengarten 17 · 22880 Wedel
**Tel.-Nr.:** 041 03 – 18 88 9 10 · **Fax-Nr.:** 041 03 – 18 88 9 19

Mit der Einbeziehung meines Arztes bin ich einverstanden und erteile der Pflegekasse/der Privaten Krankenversicherung die Einwilligung von Auskünften zu meiner Pflegebedürftigkeit bei meinem Arzt und bei dem mich betreuenden Pflegepersonal.

Datum..... Unterschrift des Versicherten.....

SONOFORM103/2