

## 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)**

Ich konnte mich noch nicht entscheiden und wünsche Informationen zum  
Hausnotruf. Bitte kontaktieren sie mich. Telefon Nummer:

### 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:

### Technischen Voraussetzungen für den Hausnotrufanschluss:

Analoger Festnetzanschluss

Festnetz via Router

Kein Festnetz vorhanden

**Stromanschluss für das Hausnotrufgerät ist vorhanden:**

Ja

Nein

### 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

Erkrankungen /

Beeinträchtigungen

insulinpflichtiger Diabetes mellitus

medikamentös behandelte Epilepsie

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 Hausnotrufleistungen 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.**