



## Antrag für einen ASB Hausnotruf

### Meine persönlichen Daten

Vorname:

Nachname:

Straße/ Nr.:

PLZ/ Ort:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Telefon:

Mobil:

Krankenkasse:

Versicherten-Nr.:

Pflegegrad vorhanden?

Ja

Nein

Alleinstehend?

Ja

Nein

### Meine Gesundheit

Bettlägerig    Blutverdünner    Bluthochdruck    Depression    Demenz    Alzheimer

Diabetiker/in    Dialyse Patient/in    Herzschrittmacher    MS    Parkinson

Herzinfarkt gefährdet    Schlaganfall gefährdet    Sturzgefährdet

Sehbehinderung    Sprachstörung    Taubheit

andere Erkrankungen/ Bemerkungen

Allergien

Mein Hausarzt:

Telefon:

Mein Pflegedienst:

Telefon:

### Mein Tarifwunsch

Basis    Komfort    Premium    Urlaub    Mobil

### Optionale Leistungen

zweiter Handsender    Fallsender statt Handsender    Duschzugtaster    Tagestaste

### Im Notfall

#### Mein erster Notrufkontakt

Vorname:

Nachname:

Straße/ Nr.:

PLZ/ Ort:

Telefon:

Mobil:

Verhältnis zu mir:

hat einen Schlüssel zur Wohnung

#### Mein zweiter Notrufkontakt

Vorname:

Nachname:

Straße/ Nr.:

PLZ/ Ort:

Telefon:

Mobil:

Verhältnis zu mir:

hat einen Schlüssel zur Wohnung

#### Mein dritter Notrufkontakt

Vorname:

Nachname:

Straße/ Nr.:

PLZ/ Ort:

Telefon:

Mobil:

Verhältnis zu mir:

hat einen Schlüssel zur Wohnung

#### Mein Wunschtermin zur Einrichtung

Datum:

Uhrzeit:

#### Ich möchte Ihnen noch folgendes mitteilen:

Datum

Unterschrift

X

Sie haben noch weitere Fragen oder möchten den Antrag abgeben? Wir sind gern für Sie da!

ASB Regionalverband Ostthüringen e.V.  
Hausnotruf  
Wiesestraße 189a  
07551 Gera

Tel: 0365/430 47 – 38 oder – 50  
[hausnotruf@asb-gera.de](mailto:hausnotruf@asb-gera.de)

## Beratungs- und Mehrkostendokumentation gemäß § 127 Absatz 5 SGB V

Versicherte/r:

---

Geburtsdatum:

---

KV-NR:

---

Pflegekasse:

---

Leistungserbringer/IK:

ASB Regionalverband Ostthüringen e.V. / IK-Nr. 501609520

---

Hausnotrufsystem:

Neat Novo IP/4G

---

Bei der Beratung waren neben der/dem Versicherten anwesend:

gesetzliche/r Vertreter/in:

---

weitere an der Betreuung beteiligte Person  
(Namensnennung nicht erforderlich)

---

sonstige (z.B. Nachbarn)  
(Namensnennung nicht erforderlich)

---

### 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:

- technische Zusatz-/ Ausstattung .....
- und/oder
- weitere (Dienst-)Leistungen, wie
- Schlüsselhinterlegung
  - Qualifizierter Bereitschaftsdienst
  - Tagestaste (Alles-okay-Signal)
  - Weiteres/ Sonstiges:
- .....
- .....
- .....

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

**X**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/r  
(bzw. gesetzl. Vertreter, soweit bestellt)