# ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR EIN HAUSNOTRUFGERÄT

Krankenkasse (Pflegekasse)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Name der Krankenkasse*

Straße, Hausnummer*

PLZ, Ort*

**TIPP**

Den Antrag auf Kostenübernahme können Sie auch bequem am Computer ausfüllen! Einfach auf **libify.com/service/downloads** herunterladen und per E-Mail an **info@libify.com** senden.

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit beantrage ich die Kostenübernahme eines libify Hausnotrufanschlusses (IK 590900997) in Höhe des gültigen Höchstbetrags (**30,35 € brutto,** es liegt keine Mehrwertsteuerbefreiung vor).

Vorname* | Nachname*

Straße, Hausnummer* | PLZ, Ort*

Geburtsdatum* | Telefonnummer*

Versicherungsnummer* | Pflegegrad auswählen... Pflegegrad*

☐ **selbstversichert** ☐ **mitversichert bei:** _____

☐ **ich bin über weite Teile des Tages alleinlebend bzw. mein/e Mitbewohner/in ist aufgrund seiner/ihrer körperlichen/geistigen Einschränkungen nicht in der Lage, in Notsituationen einen Hilferuf selbständig abzusetzen und/oder**

☐ **aufgrund meines Krankheits-/Pflegezustandes ist bei mir jederzeit eine lebensbedrohliche Zustandsverschlechterung zu erwarten und/oder**

☐ **in Notsituationen kann ich mit einem handelsüblichen Telefon keinen Hilferuf absetzen**

☐ **mein/e Mitbewohner/in ist wegen Erledigungen des täglichen Bedarfs nicht permanent vor Ort**

Ich werde ab MMJJJJ einen Hausnotrufanschluss bei der Libify Technologies GmbH haben.
Ich darf dieses leihweise überlassene Pflegehilfsmittel keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Sobald ich dieses Pflegehilfsmittel nicht mehr benötige, informiere ich den Vermieter unter der Telefonnummer 089 - 21 768 509 und sende das Gerät unverzüglich vollständig zurück. Ich erwarte Ihren baldigen Bescheid.
Eine Kopie senden Sie bitte an: Libify Technologies GmbH, Postfach 1105, 01871 Bischofswerda, Tel. 089 - 21 768 509, Fax 089 - 416 172 648.

Hiermit bestätige ich, dass ich über die Spezifikationen und Einschränkungen eines Hausnotrufanschlusses unabhängig und vollständig informiert wurde.

Ort, Datum* | Unterschrift*

*Pflichtfeld

# EMPFANGSBESTÄTIGUNG

**WICHTIG**

**WICHTIG:**
Senden Sie dieses Formular unbedingt innerhalb einer Woche nach Erhalt Ihres Notrufsystems an uns zurück. Bitte beachten Sie, dass Ihre Pflegeversicherung ohne diese Empfangsbestätigung die Auszahlung der Leistung für Ihr Notrufsystem nicht bewilligen kann. In diesem Fall behält sich die Libify Technologies GmbH (Leistungserbringer) vor, alle Kosten, die nicht von der Pflegeversicherung übernommen werden, Ihrem Konto zu belasten
Tel: 089 - 21 768 509 (Mo. - Fr. 9:00 - 17:00 Uhr)

Vorname* _____ Nachname* _____

Straße, Hausnummer* _____ PLZ, Ort* _____

Telefonnummer* _____ E-Mail* _____

Name der Pflegekasse* _____ Versicherungsnummer* _____

Die oben genannte Pflegekasse hat festgestellt, dass ich einen Anspruch auf Versorgung mit einem Hausnotrufsystem habe. Im Auftrag meiner Pflegekasse hat mir der genannte Leistungserbringer heute ein Hausnotrufgerät mit Funkarmband übergeben. Ich erhalte das Hausnotrufgerät leihweise vom Leistungserbringer. Ich darf dieses leihweise überlassene Hausnotrufgerät keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Sobald ich das Hausnotrufgerät nicht mehr benötige, informiere ich den Leistungserbringer und die zuständige Pflegekasse. Ich bin verpflichtet, das Hausnotrufgerät schonend zu behandeln und zu pflegen. Sollte ich Schäden grob fahrlässig oder vorsätzlich verursachen, so bin ich verpflichtet, diese Schäden unverzüglich und fachgerecht auf eigene Kosten beseitigen zu lassen. Die Nummer der Hausnotrufzentrale wurde als erste anzuwählende Nummer programmiert.

## LEISTUNGSERBRINGER

**Libify Technologies GmbH, Postfach 1105, 01871 Bischofswerda, IK 59 09 00 99 7**

☐ **Ich bestätige, dass ich das Notrufsystem erhalten habe und in die Funktionsweise des Systems eingewiesen wurde.**

☐ **Über die zuzahlungsfreie Versorgungsmöglichkeit bin ich informiert worden. Ich habe mich für ein Hausnotrufgerät und zusätzliche Dienstleistungen, die über den Leistungsumfang der Pflegekasse hinausgehen, entschieden. Ich bin damit einverstanden, die Mehrkosten für diese zusätzlichen Leistungen zu übernehmen (gilt nicht für libifyBasic). Die Ausführungen des vorstehenden Abschnitts dieser Erklärung werden von mir beachtet. Ein Exemplar meiner Erklärung erhalte ich auf Anfrage von Libify Technologies GmbH.**

Ort, Datum* _____ Unterschrift* _____

*Pflichtfeld