BESTELLFORMULAR FÜR IHRE NOTRUFLÖSUNGEN

Ihre Kontaktdaten (Rechnungsadresse)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

☐ **Frau** ☐ **Herr** _____
Name, Vorname*

_____ _____
Straße, Hausnummer* PLZ, Ort*

_____ _____
E-Mail[1] Telefon*

Versand an: ☐ Rechnungsadresse ☐ Nutzeradresse im Notfallplan

Rechnungsstellung per: ☐ E-Mail ☐ Post[1]

IHR NOTRUFPAKET VON LIBIFY

Bitte stellen Sie Ihr gewünschtes libify-Paket zusammen

☐ LIBIFY BASIC*

- Basisstation mit Funksender
- Integrierte SIM-Karte
- Alle Gesprächskosten
- 24-Stunden-Notrufzentrale

30,35€[3] pro Monat
Keine Einrichtungsgebühr

Zubehör für libifyBasic	
☐ Schlüsseltresor	34,90 €

Services für libifyBasic	
☐ Tagestaste	10,00 €/Monat

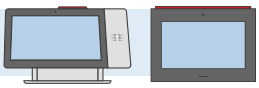
☐ LIBIFY MOBIL*

- Basisstation, Mobilgerät mit Funksender
- Integrierte SIM-Karte
- Alle Gesprächs- und Ortungskosten
- Genaue GPS-Ortung
- 24-Stunden-Notrufzentrale

42,90€[2] pro Monat
Einrichtungsgebühr einmalig 49,00 €

Zubehör für libifyMobil	
☐ Schlüsseltresor	34,90 €
☐ Längeres Armband	10,00 €
☐ Reiseladekabel	14,99 €

☐ LIBIFY HOME*



- Bildschirm (Basisstation) mit Funksender
- Videonotruf und Familien-App
- Integrierte SIM-Karte
- Sturzsensor
- Alle Gesprächskosten
- 24-Stunden-Notrufzentrale

39,90€[2] pro Monat
Einrichtungsgebühr einmalig 49,00 €

Zubehör für libifyHome	
☐ Schlüsseltresor	34,90 €

☐ LIBIFY DORO

- Ladestation & Mobilgerät
- Integrierte SIM-Karte
- Sturzsensor
- Genaue GPS-Ortung
- Alle Gesprächs- und Ortungskosten
- 24-Stunden-Notrufzentrale

39,90€[2] pro Monat
Keine Einrichtungsgebühr

Zubehör für libifyDoro	
☐ Schlüsseltresor	34,90 €

*von der Pflegekasse bezuschussbar

[1] Bei Rechnungsstellung per Post wird eine Gebühr von 2,00 € pro Versand erhoben
[2] Laufzeit 6 Monate, danach automatische Verlängerung um 1 Monat und monatlich kündbar; alle Preise inkl. Umsatzsteuer
[3] Laufzeit 1 Monat, danach automatische Verlängerung um 1 Monat und monatlich kündbar; alle Preise inkl. Umsatzsteuer

☐ **Mit der Bestellung akzeptiere ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Libify Technologies GmbH und bestätige, dass ich die Datenschutzhinweise gelesen und verstanden habe.***

_____ _____
PLZ, Ort* Unterschrift*

*Pflichtfeld

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

Kontoinhaber

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

☐ **Frau** ☐ **Herr**

Vorname des Kontoinhabers* _____ Nachname des Kontoinhabers* _____

KREDITINSTITUT

Name des kontoführenden Kreditinstituts* _____

D E __

IBAN (22-stellig)*

☐ **Ich erteile das SEPA-Lastschriftmandat für das Notrufsystem der Libify Technologies GmbH zum Einzug der fälligen Beiträge vom angegebenen Konto. Der Kontoinhaber hat mich bevollmächtigt, das SEPA-Lastschriftmandat zu erteilen.***

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.
Gültigkeit: Bis auf Widerruf für alle Bestellungen, die per SEPA-Lastschrift bezahlt werden.

Widerrufsrecht: Sie können die Bestellung binnen 14 Tagen ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen. Die Frist beginnt an dem Tag, an dem Sie die Bestellung erhalten, nicht jedoch vor Erhalt einer Widerrufsbelehrung gemäß der Anforderungen von Art. 246a § 1 Abs. 2 Nr. 1 EGBGB. Zur Wahrung der Frist genügt bereits das rechtzeitige Absenden Ihres eindeutig erklärten Entschlusses, die Bestellung zu widerrufen.

Gläubiger-ID-Nr. DE88ZZZ00001222816 Mandatsreferenz (wird separat mitgeteilt)

PLZ, Ort* _____ Unterschrift* _____

Bitte beachten Sie:
Das SEPA-Lastschriftmandat muss auch bei Kostenübernahme durch die Pflegekasse als Sicherheit erteilt werden.

*Pflichtfeld

IHR PERSÖNLICHER NOTFALLPLAN

Persönliche Daten des Nutzers

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Vorname* _____ Nachname* _____

Geburtsdatum* _____ Telefon-/Mobilfunknummer* _____

Straße, Hausnummer* _____ PLZ, Ort* _____

Adresszusatz (z. B. Etage, Nebengebäude, Eingang an der Hausrückseite) _____

MEDIZINISCHE DATEN*

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an

- ☐ Herzerkrankungen (z.B. KHK Coronare Herzkrankheit, Herzinfarkt)
- ☐ Lungen-/Atemwegserkrankungen (z.B. COPD, Asthma)
- ☐ Neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Alzheimer, Demenz)
- ☐ Blutdruckprobleme (z.B. Bluthochdruck, Hypotonie)
- ☐ Diabetes
- ☐ Sonstiges _____

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie schon einmal einen Schlaganfall erlitten? ☐ Ja ☐ Nein

NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

Ich nehme regelmäßig:

- ☐ Insulin
- ☐ Blutdruck-Medikamente
- ☐ Blutverdünnende Medikamente
- ☐ Neuroleptika (z. B. Epilepsie-Medikamente)
- ☐ Weiteres _____

IHR HAUSARZT

Name Arzt/Praxis _____ Telefonnummer _____

*Pflichtfeld

IHR PERSÖNLICHER NOTFALLPLAN

Notfall-Kontakte (Bezugspersonen)

1. BEZUGSPERSON*

Vorname, Nachname

Festnetz-/Mobilrufnummer

In welchem Bezug steht die Person zu Ihnen?

Hat die Person einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Anreisezeit zu Ihnen (Dauer ca. in Minuten):

2. BEZUGSPERSON

Vorname, Nachname

Festnetz-/Mobilrufnummer

In welchem Bezug steht die Person zu Ihnen?

Hat die Person einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Anreisezeit zu Ihnen (Dauer ca. in Minuten):

3. BEZUGSPERSON

Vorname, Nachname

Festnetz-/Mobilrufnummer

In welchem Bezug steht die Person zu Ihnen?

Hat die Person einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Anreisezeit zu Ihnen (Dauer ca. in Minuten):

4. BEZUGSPERSON

Vorname, Nachname

Festnetz-/Mobilrufnummer

In welchem Bezug steht die Person zu Ihnen?

Hat die Person einen Schlüssel zu Ihrer Wohnung?

☐ **Ja** ☐ **Nein**

Anreisezeit zu Ihnen (Dauer ca. in Minuten):

INFO

Bitte kontrollieren Sie den von Ihnen ausgefüllten, persönlichen **Notfallplan auf Vollständigkeit** der angegebenen Kontaktpersonen. **Sie müssen mindestens eine Kontaktperson** angeben, die in einer **Anfahrtszeit von unter 30 Minuten** von Ihnen entfernt wohnt. Bei dieser Kontaktperson müssen Sie außerdem einen Schlüssel hinterlegen. Mit einem Schlüsseltresor können Sie sowohl Ihren ausgewählten Kontaktpersonen als auch dem Rettungsdienst den Zutritt zu Ihrem zu Hause erleichtern.

Teilen Sie unserem Service-Team bitte schriftlich – per E-Mail oder per Post – alle zukünftigen, wesentlichen Änderungen in Ihrem Notfallplan mit. Eine Vorlage zum Notfallplan erhalten Sie auf telefonische Anfrage per Post oder online unter www.libify.com/service/downloads/

So können Sie uns Ihren Notfallplan zukommen lassen:
E-Mail: info@libify.com **Post:** Libify Technologies GmbH, Postfach 1105, 01871 Bischofswerda
Bei Fragen zu den Dokumenten zögern Sie nicht, uns anzurufen: Tel: 089 - 21 768 509 (Mo. - Fr. 9:00 - 17:00 Uhr).

*Pflichtfeld

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*

☐ **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 MM JJJJ 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 - 143 678 114 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 - 143 678 114, 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