

# Antrag auf Kostenübernahme für ein Hausnotrufgerät

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

## Krankenkasse (Pflegekasse)

\_\_\_\_\_  
Name der Krankenkasse\*

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer\*

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort\*

### Tipp

Den Antrag auf Kostenübernahme können Sie auch bequem am Computer ausfüllen! Einfach auf [libify.de/download](https://libify.de/download) runterladen und per E-Mail an [info@libify.de](mailto:info@libify.de) senden.

Sehr geehrte Damen und Herren,

**hiermit beantrage ich die Kostenübernahme eines Hausnotrufanschlusses in Höhe des gültigen Höchstbetrags.**

\_\_\_\_\_  
Vorname\*

\_\_\_\_\_  
Nachname\*

\_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer\*

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort\*

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum\*

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer\*

\_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer\*

\_\_\_\_\_  
Pflegestufe/-grad\*

**selbstversichert**     **mitversichert bei:** \_\_\_\_\_

Ich werde ab   M  M  J  J  J  J   einen Hausnotrufanschluss bei 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, IK-Nr. 590900997.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum\*

\_\_\_\_\_  
Unterschrift\*

\* Pflichtfeld

# Empfangsbestätigung

**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\*

---

Telefon-/Mobilfunknummer\*

---

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. 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