

VERTRAG NR.



## Anlage 8: Inbetriebnahme / Empfangs- und Einweisungsbestätigung

VERSICHERTER

GEBURTSDATUM

VERSICHERTENNUMMER

PFLEGEKASSE

LEISTUNGSERBRINGER IK:

500904456

VERSORGUNG GENEHMIGT AB (SOWEIT BEKANNT):

Bei Inbetriebnahme und Einweisung war neben der/dem Versicherten anwesend:

- gesetzliche/r Vertreter/in: GESETZL. VERTRETER/IN
- weitere an der Betreuung beteiligte Person (Namensnennung nicht erforderlich)
- sonstige (z. B. Nachbarn, Namensnennung nicht erforderlich)

### Inbetriebnahme-Bestätigung

**Leistungserbringer:** FIRMENBEZEICHNUNG LEISTUNGSERBRINGER

LEISTUNGSERBRINGER IK

**Pflegehilfsmittel-Pos.:** 52.40.01.1 HAUSNOTRUFSYSTEM

Das o. a. Hausnotrufgerät wurde auftragsgemäß in der Wohnung der/s Versicherten installiert und in Betrieb genommen.

DATUM INBETRIEBNAHME

VERTRAGS-/GERÄTE-/VORGANGSNUMMER

ORT / DATUM

UNTERSCHRIFT LEISTUNGSERBRINGER

## Empfangsbestätigung

- Das o. a. Hausnotrufgerät habe ich in einwandfreiem und gebrauchsfähigem Zustand erhalten.
- Eine Gebrauchsanweisung wurde mir übergeben.
- Die Voreinstellungen des Hausnotrufgerätes erfolgte so, wie es mit mir oder von mir beauftragten Personen in Auftrag gegeben wurde, die Hausnotrufzentrale wird spätestens an zweiter Stelle angewählt.
- Die Sicherstellung der technisch einwandfreien Funktion des Hausnotrufsystems einschließlich der Anbindung an die Hausnotrufzentrale wurde in meinem Beisein durch geeignete Kontrollen (Testauslösungen, ggf. Hausbesuche) überprüft.

## Einweisung

- Ich habe eine Einweisung in die Bedienung, Pflege und Gebrauch des Hausnotrufgeräts erhalten.
- Das Hausnotrufsystem kann ich gemäß dem Einsatzzweck sachgerecht nutzen.
- Ein konkreter Maßnahmen-/Ablaufplan, in dem die im Falle einer Notsituation einzuleitenden Maßnahmen festgelegt sind, wurde mit mir abgestimmt.
- Ich gewähre dem o. g. Leistungserbringer zur Durchführung von technisch notwendigen Arbeiten den Zugang zu dem Hausnotrufgerät.

## Rückgabeverpflichtung

Wenn die Gründe für die Versorgung entfallen, ist das Hausnotrufgerät unverzüglich zurückzugeben. In diesem Fall setze ich mich umgehend mit der Pflegekasse und dem o.g. Leistungserbringer in Verbindung.

**Die vorstehenden Bedingungen/Sorgfaltspflichten habe ich zur Kenntnis genommen und stimme diesen zu. Ein Mehrexemplar dieser Erklärung habe ich erhalten.**

ORT / DATUM

---

UNTERSCHRIFT TEILNEHMER / GESETZL. VERTRETER

---

## Eigentumsvorbehalt

Das Hausnotrufgerät sowie Zubehöre/Zurüstungen bleiben Eigentum des Leistungserbringers. Ich verpflichte mich,

- a) das Hausnotrufgerät sorgsam und pfleglich zu behandeln,
- b) Schäden aufgrund von grob fahrlässigem oder vorsätzlichem Verhalten oder offensichtlich unsachgemäßer Behandlung auf eigene Kosten durch den o. g. Leistungserbringer fachgerecht beheben zu lassen,
- c) das Hausnotrufgerät nicht an andere Personen zu übereignen, zu verleihen oder zu verpfänden,
- d) den o. g. Leistungserbringer zu informieren, sofern Reparaturen an dem Hausnotrufgerät notwendig sind (eine Gewährleistung im Falle von Reparaturen und Wartungen durch Fremdfirmen erfolgt nicht, es sei denn, der o. g. Leistungserbringer hat im Vorfeld sein Einverständnis dazu erklärt),
- e) die Pflegekasse und den Leistungserbringer über einen Wechsel des Wohnortes, Wechsel des Namens oder der Pflegekasse unverzüglich zu informieren,
- f) Vorkehrungen für den Fall zu treffen, dass die Versorgung durch den o.g. Leistungserbringer endet und ich das Hausnotrufgerät nicht persönlich unverzüglich zurückgeben kann (siehe Rückgabe); die Pflegekasse ist in diesem Zusammenhang berechtigt, meine Kontaktdaten an den o. g. Leistungserbringer weiterzugeben.

VERTRAG NR.

## Anlage 9: Beratungs- und Mehrkostendokumentation gemäß § 127 Absatz 5 SGB V

VERSICHERTER

GEBURTSDATUM

VERSICHERTENNUMMER

PFLEGEKASSE

LEISTUNGSERBRINGER IK:

HAUSNOTRUFSYSTEM

500904456

52.40.01.1

Bei der Beratung war neben der/dem Versicherten anwesend:

GESETZL. VERTRETER/IN

 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.**

VERTRAG NR.

\_\_\_\_\_



### 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 Zusatzausstattung:

und / oder

weitere (Dienst-)Leistungen, wie

- Schlüsselhinterlegung/-tresor
- Servicebereitschaft vor Ort
- Aktivrufe der Zentrale
- Notrufdienst im Zusammenhang mit Rauch-/Gasmelder
- Bewegungsmelder/Tagestaste (Alles-okay-Signal)
- Weiteres / Sonstiges:

SONSTIGE LEISTUNGEN

\_\_\_\_\_

Die Mehrkosten betragen einmalig / monatlich:

KOSTEN EINMALIG	KOSTEN MONATLICH

**Mit der Weitergabe dieser Erklärung an meine Pflegekasse bin ich einverstanden. Ein Mehrexemplar dieser Erklärung habe ich erhalten.**

ORT / DATUM  
\_\_\_\_\_

UNTERSCHRIFT TEILNEHMER / GESETZL. VERTRETER  
\_\_\_\_\_

VERTRAG NR.



## Anlage 10: Antrag auf Kostenübernahme Hausnotrufsystem

NAME, VORNAME DES VERSICHERTEN

ANSCHRIFT

  
  
 Stockwerk:  EFH/MFH

VERSICHERTENNUMMER

GEBURTSDATUM

TELEFON (FREIWILLIG)

NAME, ANSCHRIFT ZUSTÄNDIGE PFLEGEKASSE

Ich beantrage ab

die Kostenübernahme für ein Hausnotrufsystem 52.40.01.1

durch folgenden Leistungserbringer:

VERBANDSNAME / ANSCHRIFT

BRK Kreisverband Mühldorf  
Geschäftsstelle  
Ahamer Str. 11  
84453 Mühldorf am Inn

LEISTUNGSERBRINGER IK

 500904456

### Gründe (Mehrfachnennung möglich):

Ich bin alleinlebend oder über weite Teile des Tages alleinlebend.

Ich, oder eine andere im Haushalt lebende Person, kann mit einem handelsüblichen Telefon keinen Hilferuf absetzen und aufgrund meines Krankheitszustandes ist bei mir jederzeit mit einer Notsituation zu rechnen.

### Bei Fragen wenden Sie ich bitte an:

- mich  meinen Pflegedienst  
 meinen gesetzlichen Betreuer  meinen Hausnotrufanbieter

KONTAKT (NAME, GGF. ANSCHRIFT, TELEFON, E-MAIL)

### Anschluss des Hausnotrufsystems:

Das Hausnotrufsystem wurde noch nicht in Betrieb genommen.

Das Hausnotrufsystem wurde am  in Betrieb genommen.

ORT / DATUM

UNTERSCHRIFT VERSICHERTER / GESETZL. VERTRETER