

---

---

---

Antrag auf Kostenübernahme für ein Notrufsystem  
Kostenvoranschlag (§ 78 Abs. 1 SGB XI)  
Grundkosten monatlich Euro 25,50

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Sehr geehrte Damen und Herren,  
hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für ein Notrufsystem:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Ich habe seitdem \_\_\_\_\_ ein Notrufsystem vom Deutschen Roten Kreuz, Kreisverband Märkisch-Oder-Havel-Spree e.V., Tel: 03361-59670, Fax 03361/7694970, IK-Nr. 501 200 322.

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 Tel: 03341-217095, damit das Gerät abgeholt werden kann.

Ich erwarte Ihren baldigen Bescheid. Eine Kopie senden Sie bitte an das Deutsche Rote Kreuz, Kreisverband Märkisch-Oder-Havel-Spree e.V., Dr.Wilhelm-Külz-Str.37-38, 15517 Fürstenwalde oder als E-Mail an: [Hausnotruf@drk-mohs.de](mailto:Hausnotruf@drk-mohs.de)

Mit freundlichen Grüßen

---

Antragssteller oder Stellvertreter