

Deutsches Rotes Kreuz  
Kreisverband Warendorf-Beckum  
Postfach 21 62  
59254 Beckum

Bitte beantragen Sie für mich die Kostenübernahme des Hausnotrufgerätes  
bei meiner Krankenversicherung.

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
Ort \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name der Versicherung \_\_\_\_\_  
volle Postanschrift \_\_\_\_\_  
Pflegegrad \_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr \_\_\_\_\_

Bitte ankreuzen  privat versichert  
 gesetzlich versichert

Unabhängig von dem Ausgang der Entscheidung meiner Pflegekasse, verpflichte  
ich mich, die Kosten für den Hausnotruf, z. Zt. € 21,00 monatlich, zu übernehmen,  
falls die Pflegekasse nicht monatlich übernimmt.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift