

ANTRAG PFLEGEKASSE

ABSENDER

Vor- und Zuname
Straße/Haus-Nr.
PLZ/Ort

Geburtsdatum
Versicherten-Nr.

AN

Pflegekasse
Straße/Haus-Nr.
PLZ/Ort

Telefax
E-Mail

Versichertenerklärung und Antrag auf Versorgung mit einem Smardian-Hausnotrufsystem (IK Nummer WSH GmbH 590832983)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich verfüge über den Pflegegrad ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 (über Beihilfeansprüche ☐ja ☐nein)

☐ 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.

☐ Ich habe das Gerät erhalten.

Ich bin darüber informiert worden, dass ich zulasten der Pflegekasse ein Hausnotrufsystem zuzahlungsfrei erhalte. Sollte ich mich für Dienstleistungen entscheiden, die über die gesetzlichen Leistungen hinaus gehen, muss ich die Mehrkosten selbst übernehmen. Ich erhalte ein Hausnotrufsystem leihweise und darf es keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Sobald ich das Hausnotrufsystem nicht mehr benötige, werde ich die Pflegekasse hierüber unverzüglich informieren. Ich verpflichte mich, das Hausnotrufsystem schonend zu behandeln und zu pflegen.

Ich bitte Sie um Kostenübernahme von 30,35 € monatlich ab dem _____

Bei Bewilligung bitte ich Sie, eine Kopie der Bewilligung an die
WSH GmbH, Otto-Hahn-Straße 13, 78224 Singen zu senden.

Ort / Datum

Unterschrift der/des Versicherten

Datenschutzhinweis (§ 67 SGB X): Die Angaben werden zur Prüfung der Leistungspflicht benötigt die Datenerhebung beruht auf § 94 SGB XI.

Hotline: +49 (0)7731 14780 (Mo. bis Fr. von 8 bis 17 Uhr) Telefax: +49 (0)7731 8680-80
info@smardian-hausnotruf.de | www.smardian-hausnotruf.de

Smardian ist ein Produkt der WSH GmbH | Otto-Hahn-Straße 13 | 78224 Singen – Alle Preise inkl. MwSt.

BESTELLFORMULAR / MIETVERTRAG

Ich möchte das Smardian BASISPAKET

☐ mieten
30,35 € pro Monat

Pflegegrad

☐ Ja ☐ Nein

Bei einem Pflegegrad werden die Kosten in Höhe von 30,35 € pro Monat von der Pflegekasse übernommen.

Optionales Zubehör

Weitere Sprachmelder
(mit Zugschnur)

☐ Menge
9,90 €
pro Monat bei Miete

Weitere Sprachmelder
(ohne Zugschnur)

☐ Menge
9,90 €
pro Monat bei Miete

Fallsensor
(Standard-Variante)

☐ Menge
119,00 €
einmalig

Fallsensor
(Schmuck-Variante)

☐ Menge
149,00 €
einmalig



SOS-Button
Als Armband oder
Halskette tragbar



Geräte-Standort

Vorname und Name

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Telefon Festnetz

Telefon Mobil

E-Mail (optional)

Ihre Notfall-Kontaktpersonen

Ihre Notfall-Kontaktpersonen	E-Mail Adresse der Kontaktperson	Mobilnummer der Kontaktperson

☐ Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt der AGB und der Datenschutzerklärung der WSH GmbH und erkenne diese an. Mein Widerrufsrecht habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort / Datum

Unterschrift

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT

WSH GmbH, Otto-Hahn-Straße 13, 78224 Singen | Gläubiger-Identifikationsnummer DE25 ZZZ 000 004 021 66

Ich ermächtige die WSH GmbH, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der WSH GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Vorname und Name (Kontoinhaber)

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Kreditinstitut (Name)

Kreditinstitut (BIC)

DE _____
IBAN

Datum, Ort und Unterschrift

Hotline: +49 (0)7731 14780 (Mo. bis Fr. von 8 bis 17 Uhr) Telefax: +49 (0)7731 8680-80
info@smardian-hausnotruf.de | www.smardian-hausnotruf.de

Smardian ist ein Produkt der WSH GmbH | Otto-Hahn-Straße 13 | 78224 Singen – Alle Preise inkl. MwSt.

ERGÄNZENDE INFORMATIONEN (FREIWILLIGE ANGABEN)

KUNDE Smardian

WICHTIGE INFORMATIONEN FÜR DEN NOTARZT

GESUNDHEITZUSTAND

Medikamente

☐ Blutverdünner
☐ _____
☐ _____

Krankheiten

☐ Asthma ☐ COPD
☐ Depressionen
☐ Demenz ☐ Alzheimer
☐ Diabetes
☐ MRSA-Keim
☐ Multiple Sklerose (MS)

☐ Parkinson

☐ _____

Status

☐ Bettlägerig
☐ Dialyse-Patient/in
☐ Gehbehinderung
☐ Herzinfarkt gefährdet

☐ Herzschrittmacher

☐ Schlaganfall gefährdet

☐ Hörgerät

☐ Sehbehinderung

☐ Sprachstörungen

☐ Taubheit

☐ _____

Allergien

☐ _____
☐ _____

WOHNGEMEINSCHAFT

Mitbewohner

Name/Vorname	Tel.
Name/Vorname	Tel.
Art/Name	

Haustiere

WOHNSITUATION

☐ Einfamilienhaus
☐ Mehrfamilienhaus
☐ Betreutes Wohnen
☐ Schlüssel ist hinterlegt

☐ Doppelhaus Eingang ☐ links ☐ rechts

Wohnung Nr.	Etage	☐ links ☐ rechts
Wohnung Nr.	Etage	☐ links ☐ rechts
Ort		

ERGÄNZENDE HINWEISE

☐ Medikamente	Ort
☐ Patientenverfügung	Ort
☐ Notfall-Pass	Ort

Einwilligungserklärung / Freiwilligkeit / Widerruf

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass Gesundheitsdaten meiner Person zum Zweck ggfs. erleichterter Meldungsbearbeitung erhoben, gespeichert und genutzt werden. Eine Verwendung der Daten für andere als den beschriebenen Zweck oder eine Weitergabe der Daten an Dritte findet nicht statt und ist unzulässig. Die Dauer der Speicherung richtet sich ausschließlich nach dem genannten Zweck der Verarbeitung und endet spätestens nach Erfüllung des Zwecks bzw. mit dem Widerruf. Mir ist bekannt, dass meine Einwilligung freiwillig ist und ich sie jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne einen persönlichen Nachteil für die Zukunft widerrufen kann. Ein Widerruf kann in jeder schriftlichen Form an sie WSH GmbH erfolgen. Meine Daten werden dann umgehend gelöscht. Über den jeweiligen Status werde ich ggfs. benachrichtigt. Sollte ich Fragen zu der Nutzung dieser Daten haben oder weitere Auskünfte benötigen, kann ich mich an die verantwortliche Stelle der WSH GmbH bzw. an den Datenschutzbeauftragten des Unternehmens wenden.

Ort / Datum

Unterschrift der/des Versicherten