

Änderungsvertrag

Teilnehmerdaten

Anschlussdatum:
Teilnehmerkennzahl: Teilnehmerkennzahl 2:
Pflegeversicherung: Versichertennummer:
Name, Vorname:
E-Mail:
Telefon: Mobil:
Straße Haus-Nr.:
Plz Ort: Geb.Datum:
Telefonanbieter: Pflegegrad:
Fördermitglieds-Nummer: VdK-Mitgliedsnummer:

SEPA-Lastschriftmandat:

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen den unten stehenden Zahlungsempfänger, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich/weisen wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom unten stehenden Zahlungsempfänger auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/Wir können innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Daten des Zahlungsempfängers

Mandatsreferenz:
Bayerisches Rotes Kreuz Kreisverband(BRK-Gliederung)
Straße Hausnummer:
Plz Ort:
Gläubiger-ID: DE14.....00000006604

Daten des Zahlungspflichtigen

Name, Vorname:(Kontoinhaber)
Straße Hausnummer:
Plz Ort:
Name Kreditinstitut:
IBAN: DE ... | | | | |
BIC:

Ort, Datum:

Unterschrift Zahlungspflichtiger/Kontoinhaber

Leistungen

Hiermit beantrage ich nachstehende Leistungen und erkläre mich bereit, bis zur möglichen Kostenübernahme durch einen Kostenträger bzw. bei Ablehnung, die Beiträge selbst zu zahlen.

Basispaket

- Hausnotruf

(Die Basisleistung beinhaltet u.a. die Bereitstellung und Installation des Gerätes, Einweisung in die Bedienung, Aufschaltung auf die Hausnotrufzentrale, Bearbeitung aller eingehenden Alarme, und Verständigung von Bezugspersonen sowie den Austausch defekter Komponenten. Weitere Erläuterungen in den AGB unter § 1.1)

Komfortpaket (Basispaket + Zusatzleistungen laut AGB § 1.4)

- Einmalige Organisationspauschale
 Hintergrunddienst (beinhaltet ... Helfereinsätze pro Jahr, weitere Einsätze kostenpflichtig laut beiliegender Preisliste)
 Schlüsseldepot

Weitere Leistungen

- Tagestaste
 weitere Zusatzleistungen lt. Geräteausstattung/Schlüsselformular

Aus diesem Vertrag ergeben sich folgende Kosten für den Teilnehmer:

Einmalig: Euro

Monatlich: Euro

Kauf: Euro

Nach Bewilligung der Kostenübernahme durch die Pflegekasse bei Pflegegrad, reduziert sich Ihr Eigenanteil um den Betrag des Pflegeversicherungs-Grundpaketes.

Hinweis: Alle von dem Teilnehmer mit der Zentrale im Rahmen des Hausnotrufes geführten Anrufe werden zu Zwecken der Dokumentation aufgezeichnet. Die Aufzeichnungen werden nach spätestens 6 Monaten gelöscht, soweit sie nicht darüber hinaus in einem gerichtlichen oder behördlichen Verfahren zu Beweis Zwecken oder allgemein zur Abwicklung etwaiger Beanstandungen benötigt werden.

Beratername: Quelle:

Ort, Datum:

Unterschrift Teilnehmer/gesetzlicher Vertreter

Wichtige rechtliche Hinweise an den Teilnehmer

- (1) Ich willige ein, mind. 1 Mal pro Monat einen Testnotruf mit dem Funksender durchzuführen. Mir erkennbare eventuelle Störungen werde ich dem BRK unverzüglich mitteilen.
- (2) Ich wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass - sofern die Pflegekasse dem Anspruch des Teilnehmers auf Versorgung mit einem Hausnotrufgerät zustimmt - die Basisleistung (siehe AGB 1.1) für den Teilnehmer zuzahlungsfrei, ausreichend und zweckmäßig ist.
- (3) Sofern ich keinen analogen Festnetzanschluss für das Hausnotrufgerät habe, bin ich ausdrücklich auf die damit verbundenen Sicherheitsrisiken, insbesondere das Risiko, dass unter Umständen kein Notruf abgesetzt werden kann, hingewiesen worden. Im Falle des Wechsels der Anschlussart muss ich zur Sicherstellung der Funktionalität meines Hausnotrufanschlusses in jedem Fall das BRK informieren.
- (4) Ich entbinde das BRK im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrages gegenüber Dritten und Behörden von seiner Schweigepflicht, soweit dies zur ordnungsgemäßen Vertragserfüllung erforderlich ist.
- (5) Die mir übergebene Regelung zum Datenschutz habe ich zur Kenntnis genommen und bestätige diese mit meiner Unterschrift.
- (6) Ich habe die Allgemeinen Geschäftsbedingungen, die Preisliste und die Widerrufsbelehrung zum Hausnotruf vor Vertragsschluss erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich stimme ihnen zu. Sie sind Bestandteil des Vertrages.

Ort, Datum:

Unterschrift Teilnehmer/gesetzlicher Vertreter

Anlage: Datenschutzinformation

Kreisverband
IK-Nummer

Teilnehmerdaten

Anschlussdatum:
Teilnehmerkennzahl: Teilnehmerkennzahl 2:
Pflegeversicherung: Versichertennummer:
Name, Vorname:
E-Mail:
Telefon: Mobil:
Straße Haus-Nr.: Pflegegrad:
Plz Ort: Geb.Datum:
Telefonanbieter: Tagestaste:

Kontaktinformationen

Lage der Wohnung / Anfahrtshinweise:
.....
Etage / Wohnungsnummer:

Ablaufplan

Zu benachrichtigende Personen nach Reihenfolge:

1. Position: Name/Depot-Nr.: Telefon 1:
Adresse: Telefon 2:
E-Mail: Schlüssel:
Verfügbar für HNR-Einsätze:
Auskunftsberechtigt: Info nach Einsatz: Funktion:
Bemerkung:

2. Position: Name/Depot-Nr.: Telefon 1:
Adresse: Telefon 2:
E-Mail: Schlüssel:
Verfügbar für HNR-Einsätze:
Auskunftsberechtigt: Info nach Einsatz: Funktion:
Bemerkung:

3. Position: Name/Depot-Nr.: Telefon 1:
Adresse: Telefon 2:
E-Mail: Schlüssel:
Verfügbar für HNR-Einsätze:
Auskunftsberechtigt: Info nach Einsatz: Funktion:
Bemerkung:

4. Position: Name/Depot-Nr.: Telefon 1:
Adresse: Telefon 2:
E-Mail: Schlüssel:
Verfügbar für HNR-Einsätze:
Auskunftsberechtigt: Info nach Einsatz: Funktion:
Bemerkung:

5. Position: Name/Depot-Nr.: Telefon 1:
Adresse: Telefon 2:
E-Mail: Schlüssel:
Verfügbar für HNR-Einsätze:
Auskunftsberechtigt: Info nach Einsatz: Funktion:
Bemerkung:

Kreisverband
IK-Nummer

A. Körperliche Einschränkungen und Erkrankungen

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| Gehbehinderung: | Herzinfarkt: |
| Gleichgewichtsprobleme: | Herzprobleme: |
| Körperliche Behinderung: | Herzschriltmacher: |
| Sehbehindert: | Bluthochdruck: |
| Blind: | Blutverdünnung: |
| Sprachstörungen: | Arteriosklerose: |
| Stumm: | Diabetes: |
| Schwerhörig: | Rheuma: |
| Taub: | Arthrose: |
| Schlaganfall: | Gicht: |
| Venenschwäche, Thrombosegefahr: | Osteoporose: |
| Geschwüre, offenes Bein: | Multiple Sklerose: |
| Krebs: | Asthma: |
| Inkontinenz: | Chronische Bronchitis (COPD): |
| Darmerkrankung: | |

Sonstige Anmerkungen:
.....

B. Geistige/neurologische Einschränkungen und Erkrankungen

- | | |
|---------------|-----------------------|
| Demenz: | Epilepsie: |
| Verwirrtheit: | Parkinson: |
| Depression: | Geistige Behinderung: |

Sonstige Anmerkungen:
.....

C. Medikamente

Regelmäßige Einnahme:
.....
Medikamentenallergien/-unverträglichkeit:
.....

Ort, Datum:

Unterschrift Teilnehmer/gesetzlicher Vertreter

Unterschrift BRK-Mitarbeitender

Anlage: Datenschutzinformation

Geräteausstattung/ Schlüsselformular



Kreisverband
IK-Nummer

Teilnehmerdaten

Anschlussdatum:
Teilnehmerkennzahl:
Versichertennummer:
Name, Vorname:
E-Mail:
Telefon: Mobil:
Straße Haus-Nr.:
Plz Ort: Geb.Datum:

Geräteausstattung

Name Leihgerät 1: Geräte-Nr. 1:
Name Leihgerät 2: Geräte-Nr. 2:
Name Leihgerät 3: Geräte-Nr. 3:

Quittung Teilnehmer

Hiermit beauftrage ich den Hausnotrufdienst des Bayerischen Roten Kreuzes unten bezeichnete Schlüssel für mich zu verwahren. Diese Hinterlegung ist an meine Teilnahme am Hausnotrufdienst gebunden. Damit soll im Notfall eine rasche Hilfe ermöglicht und ein Aufbrechen der Wohnungstür wenn möglich verhindert werden.

Anz. Zentralschlüssel: Hersteller / Nr.:
Anz. Wohnungsschlüssel: Hersteller / Nr.:
Anz. Haustürschlüssel: Hersteller / Nr.:

Schlüssel wird vom Teilnehmer nachgereicht. Die Haftung liegt beim Teilnehmer.

Übernahme vom Teilnehmer Ort Datum:

Unterschrift Teilnehmer/gesetzlicher Vertreter

Unterschrift BRK-Mitarbeitender

Bei Änderungen an den Schlössern veranlasst der Teilnehmer einen Austausch der entsprechenden Schlüssel durch den Hausnotrufdienst. Für diese Leistungen berechnen wir einen Selbstkostenbeitrag nach gültiger Preisliste.

Rückgabe an Teilnehmer Ort Datum:

Unterschrift Teilnehmer/gesetzlicher Vertreter

Geräteausstattung/ Schlüsselformular



Kreisverband
IK-Nummer

Quittung Depot

Depot-Nr.: Depot-Name:

Anz. Zentralschlüssel: Hersteller / Nr.:

Anz. Wohnungsschlüssel: Hersteller / Nr.:

Anz. Haustürschlüssel: Hersteller / Nr.:

Übernahme vom Hausnotrufdienst Ort Datum:

Unterschrift Depot

Rückgabe an Hausnotrufdienst Ort Datum:

Unterschrift Teilnehmer/gesetzlicher Vertreter

Alle im Zusammenhang mit diesem Vertrag erfassten Daten werden gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen gespeichert und nur zur Erfüllung des Vertragszweckes gemäß Bundesdatenschutzgesetz verwendet. Es gelten die allgemeinen Vertragsbedingungen zur Teilnahme am Hausnotrufdienst.

Erklärung zum Erhalt eines Pflegehilfsmittels (Hausnotrufgerät und Funksender)

Angaben zur Pflegekasse

Name: Straße Haus-Nr.:
Telefon: Plz Ort:

Angaben zum Versicherten

Anschlussdatum: Teilnehmerkennzahl:
Name, Vorname: Versichertennummer:
E-Mail:
Telefon: Mobil:
Straße Haus-Nr.:
Plz Ort: Geb.Datum:
Gerätenummern:

Angaben zum Leistungserbringer

Name des Leistungserbringers: BRK Kreisverband
Straße Haus-Nr.:
Plz Ort:
Telefon:

Die oben genannte Pflegekasse hat festgestellt, dass ich einen Anspruch auf Versorgung mit einem Hausnotrufsystem habe. Diese Leistung ist für mich zuzahlungsfrei. Im Auftrag meiner Pflegekasse hat mir der genannte Leistungserbringer heute ein Hausnotrufgerät und Funksender übergeben. Ich bin vom Leistungserbringer darüber informiert worden, dass die Versorgung mit einem Hausnotrufsystem durch meine Pflegekasse folgende Leistungen beinhaltet, die vom Leistungserbringer zuzahlungsfrei erbracht werden müssen:

- Bereitstellung des Hausnotrufgerätes in augenscheinlich hygienisch und technisch einwandfreiem Zustand.
- Einweisung des Empfängers sowie aller beteiligten Personen in den Gebrauch des Hausnotrufgerätes.
- Abstimmung eines Maßnahmenplanes.
- Programmierung des Hausnotrufgerätes so, wie es vom Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalls in Auftrag gegeben wird. Die Zentrale ist spätestens als vierte anzuzählende Rufnummer zu programmieren.
- Anschluss des Hausnotrufgerätes über das Telefonnetz an eine 24 Stunden besetzte Zentrale. Entgegennahme der Notrufe durch die Zentrale und Einleitung der erforderlichen Maßnahmen nach dem Maßnahmenplan entsprechend der jeweiligen Situation.

- Sicherstellung der technisch einwandfreien Funktion des Hausnotrufgerätes einschließlich der Anbindung an die Notrufzentrale während der Versorgungsdauer. Durchführen geeigneter Kontrollen (Testauslösungen, ggf. Hausbesuche).
- Unverzügliche Beseitigung von Mängeln am Hausnotrufgerät durch Instandsetzung oder Ersatz.

Die oben beschriebenen Leistungen der Pflegekasse im Rahmen des Hausnotrufs sind ausreichend und zweckmäßig. Sie sind für mich als Sachleistung zuzahlungsfrei.

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 muss ich diese unverzüglich auf eigene Kosten beseitigen lassen.

Die Nummer der Hausnotrufzentrale wurde als ... anzuwählende Nummer programmiert.

Eine Durchschrift meiner Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum

Unterschrift Teilnehmer/gesetzlicher Vertreter

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 Dienstleistungen zu übernehmen.

Die Ausführungen des vorstehenden Abschnittes dieser Erklärung werden von mir beachtet.

Eine Durchschrift meiner Erklärung habe ich erhalten.

Ort, Datum:

Unterschrift Teilnehmer/gesetzlicher Vertreter
