



## Der intelligente Hausnotruf zum Nulltarif

Selbständig und sicher zu Hause leben.

Intelligenter Hausnotruf mit automatischer Sturzerkennung von Loya.Care

### Ihre Vorteile

#### Intelligenter Hausnotruf

Automatische Alarmierung bei Sturz -  
zusätzlich kostenlose Sturzprophylaxe



#### Einfache Bedienung

Einstecken, anschalten und bereit!

#### Voll zertifiziert und anerkannt

Zertifiziertes Pflegehilfsmittel und  
direkte Abrechnung mit Pflegekasse

#### Kostenlose Bereitstellung

Modernes Hausnotrufgerät und  
zuverlässige Sensoren ohne  
zusätzliche Kosten

#### Persönliche Beratung und Service

Ihr persönlicher Loya.Care Experte für Sie  
und Ihre Angehörigen immer erreichbar

### Unser Versprechen

Loya.Care bietet Ihnen und allen  
Familienmitgliedern die Gewissheit und  
Sicherheit, dass wir Ihr Sturzrisiko  
frühzeitig erkennen und im Notfall  
jederzeit schnelle Hilfe da ist.

Mit Pflegegrad: **Kostenlos**

Ohne Pflegegrad: 29,90 Euro pro Monat

**Jetzt hier bestellen**  
**040 / 524 78 32**

### Kontakt

## Dienstleistungsvertrag zum **Loya.Care Hausnotruf** zwischen Loya.Care - Betreut Zuhause GmbH und

### der Loya.Care Kundin/ dem Loya.Care Kunden:

Vorname:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>
Straße/Nr.:	<input type="text"/>	PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	Geb. Datum:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	Geräte-ID:	<input type="text"/>

### Ich entscheide mich für folgendes Produktpaket:

**Loya.Care Hausnotruf** (mit automatischer Sturzerkennung und Sturzprophylaxe)

Privatzahler (ohne Pflegegrad): 29,90 € monatlich

Bei vorliegendem Pflegegrad: Abrechnung über die Pflegekasse

### Angaben zu meiner 1. Bezugsperson:

Die erste Bezugsperson wird im Alarmfall kontaktiert und kann auf Wunsch bei Rückfragen im Zusammenhang mit dem Hausnotruf zur Verfügung stehen.

Vorname:	<input type="text"/>	Name:	<input type="text"/>
Straße/Nr.:	<input type="text"/>	PLZ/Ort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:  mich  meine 1. Bezugsperson

### Kontaktliste: Folgende Personen sollen in der genannten Reihenfolge benachrichtigt werden

Bitte tragen Sie weitere Kontaktpersonen in die Liste ein.

	Vorname, Name:	Telefon-/ Mobil-Nr.:	Wegzeit (Min.)	Verhältnis	Schlüssel
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> ja

(Vermerken Sie bitte bei Verhältnis: **BP** = 1. Bezugsperson; **A** = Angehöriger; **N** = Nachbar; **F** = Freunde/Bekannte; **P** = Pflegeperson; **PD** = Pflegedienst)

### Bei vorliegendem Pflegegrad: Angaben zur Pflegekasse

Pflegekasse:  Pflegegrad:  1  2  3  4  5  keinen

Ort:  Versicherungsnummer:

Die Kostenübernahme durch meine Pflegekasse soll beantragt werden:

ja (bitte Formular „Antrag auf Kostenübernahme“ ausfüllen)  nein

### Nur wenn kein Pflegegrad vorhanden: SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige den Zahlungsempfänger Betreut Zuhause GmbH, alle fälligen Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger Betreut Zuhause 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.

Kontoinhaber:

IBAN:   
Prüfziffer      Bankleitzahl mit 8 Stellen      Kontonummer mit 10 Stellen (ggf. links mit Nullen ausfüllen)

Gläubiger-ID: DE85ZZZ00002385706

Ort, Datum

Unterschrift der Kundin/ des Kunden, der gesetzl. Vertretung etc.

## für ein Hausnotrufsystem

zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln nach §78 Abs. 1 SGB XI

### Anschrift der zuständigen Pflegekasse:

### Leistungserbringer:



Betreut Zuhause GmbH  
Kieler Str. 101  
22769 Hamburg

IK 590 204 266

Versicherten-Nummer der Kundin/ des Kunden

### Daten der Kundin/ des Kunden:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname, Name	Familienstand	Geburtsdatum	Telefonnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	PLZ	Ort	
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, jedoch Teile des Tages allein
Anschlussdatum	Pflegegrad	beihilfeberechtigt	Alleine lebend

### Erklärung:

Die oben genannte Pflegekasse hat festgestellt, dass ich einen Anspruch auf Versorgung mit einem Hausnotrufgerät habe. Diese Leistung ist für mich zuzahlungsfrei. Im Auftrag meiner Pflegekasse hat mir der genannte Leistungserbringer heute ein Hausnotrufgerät übergeben. Ich bin vom Leistungserbringer darüber informiert worden, dass die Versorgung mit einem Hausnotrufgerät 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 Maßnahmenplans im Falle eines Notrufs (wer wird von uns kontaktiert, welche Maßnahmen werden ergriffen)
- Programmierung des Hausnotrufgerätes so, wie es vom Versicherten oder einer von ihm beauftragten Person entsprechend den Erfordernissen des Einzelfalles in Auftrag gegeben wird. Alle Rufe gehen **zuerst** bei der Zentrale des Leistungserbringers ein.
- 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. Durchführung 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. Über die zuzahlungsfreie Versorgungsmöglichkeit bin ich informiert worden.

Bei mir ist aufgrund meines Krankheits-/Pflegezustandes jederzeit eine lebensbedrohliche Zustandsverschlechterung zu erwarten. Ich kann in Notsituationen unter Umständen nicht mit einem handelsüblichen Telefon einen Hilferuf absetzen.

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

Ort, Datum

Unterschrift der Kundin/ des Kunden, gesetzl. Vertretung