

**bkk melitta hmr**  
**Pflegekasse**  
Marienstraße 122  
32372 Minden

Persönliche Angaben		
Name, Vorname des/der Versicherten/ Pflegebedürftigen	Versicherungsnummer	Geburtsdatum
Straße, Nr.	PLZ, Ort	
E-Mail-Adresse <sup>1</sup>	Telefonnummer <sup>1</sup>	

1 - freiwillige Angabe

**Leben Sie über weite Teile des Tages allein in der Wohnung?**  Ja  Nein

Wenn ja, kurze Erläuterung:

---

---

**Gründe, weshalb Ihr/e Angehörige/r in einer Notsituation keine Hilfe holen könnte:**

---

---

**Aufgrund welcher Erkrankungen benötigen Sie ein Hausnotrufsystem:**

---

---

**Angabe zu Schwere und Häufigkeit von Stürzen/ anderen Notsituationen:**

---

---

---

**Ort, Datum**

**Unterschrift Versicherter/r bzw. gesetzlicher Vertreter/in**

Damit wir unsere Aufgaben rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 60-62 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 28 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei den Leistungsansprüchen führen.

Die datenschutzrechtlichen Hinweise und Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie unter [www.bkk-melitta-hmr.de](http://www.bkk-melitta-hmr.de) oder fordern Sie diese gerne direkt bei uns per Telefon unter **0571 93409-0** oder per E-Mail unter [datenschutz@bkk-melitta.de](mailto:datenschutz@bkk-melitta.de) an.