

Anlage 34

Notfallsanitäter(in)

NS

Bitte geben Sie hier die IK-Nummer der Betriebsstätte sowie den Namen der Fachlichen Leitung an, damit die Anlage dem entsprechenden Antrag zugeordnet werden kann:

| | |
|-------------------------------|--|
| IK-Nummer | |
| Name Fachliche Leitung | |

Bitte wählen Sie hier die gewünschten Versorgungsbereiche passend zu dem von Ihnen gestellten Antrag aus:

| Versorgungsbereich | | | Bezeichnung |
|--------------------|--------------------------|------|-------------------|
| 19G | <input type="checkbox"/> | 19C1 | Hausnotrufsysteme |

Ort, Datum

Unterschrift Inhaber(in), Vertreter(in) des Unternehmens Firmenstempel

¹ R = räumliche Versorgung. Ein Geschäftslokal ist für die Abgabe des Hilfsmittels zwingend erforderlich. Ist der Versorgungsbereich nicht mit „R“ gekennzeichnet, findet die Versorgung im allgemeinen Lebensbereich/der häuslichen Umgebung des Versicherten statt (mobile Versorgung).