

# Bedarfmeldung an die Krankenkasse

Erstanmeldung eines Bedarfs nach dem §17 Abs. 2 SGB I und §19 Abs. 1 Satz 2 SGB X (Kommunikationshilfe für Hörgeschädigte) bei den gesetzlichen Krankenkassen

## Kommunikationshilfen erforderlich !

<b>Name der Krankenkasse:</b>	
<b>Versichertennummer:</b>	
<b>Name des Versicherten:</b>	
<b>Anschrift:</b>	
<b>Geboren am:</b>	

### Wegen

- meiner Hörbehinderung
- der Hörbehinderung meines Ehegatten \_\_\_\_\_
- der Hörbehinderung meines Kindes \_\_\_\_\_

ist die regelmäßige Inanspruchnahme von Kommunikationshilfen erforderlich.

### Art der Kommunikationshilfe :

- Schriftdolmetscher
- Oraldolmetscher
- Höranlage/ TKA (technische Kommunikationsassistentz)
- sonstige Kommunikationshilfe \_\_\_\_\_

### Art und Schwere der Hörbehinderung:

- gehörlos  taubblind
- ertaubt  hochgradig schwerhörig
- Sonstiges (nachstehend kurze Beschreibung)

---

---

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten