

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 !

Name der Krankenkasse:	
Versichertennummer:	
Name des Versicherten:	
Anschrift:	
Geboren am:	

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 Kommunikationsassistenz)
- sonstige Kommunikationshilfe _____

Art und Schwere der Hörbehinderung:

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

(Datum)

Unterschrift des/der Versicherten