

# Kommunikationshilfen erforderlich!

(Antrag des Versicherten für einen Einzeleinsatz)

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

<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 \_\_\_\_\_

**beantrage ich folgende Kommunikationshilfe:**

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

für einen zeitlichen Umfang von voraussichtlich \_\_\_\_\_ Stunden.

**Grund:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Beabsichtigt ist die Inanspruchnahme von Frau**

Marion Jäger, Schriftdolmetscherin, DSB-Zertifiziert, Telefon 0170 5802044, Anton-Bange-Str. 3, 59872 Meschede ARGE-IK: 490 506 660

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

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