

# 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 Kommunikationsassistentz
- sonstige Kommunikationshilfe \_\_\_\_\_

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

**Grund:**

---

---

**Beabsichtigt ist die Inanspruchnahme von Herrn/ Frau**

---

---

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

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