

# 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 Kommunikationsassistentz)
- sonstige Kommunikationshilfe

### Art und Schwere der Hörbehinderung:

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

Datum

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