

VERSORGUNG MIT ZUM VERBRAUCH BESTIMMTEN PFLEGEHILFSMITTELN

Antrag auf Kostenübernahme*

Versicherte/r – Pflegebedürftige/r

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon: Geburtsdatum:

Pflegekasse: Versicherten-Nr.:

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 IK-Nummer der Versichertenkarte:

Eine Zuzahlungsbefreiung liegt vor? Ja (bitte Kopie mit dem Antrag einreichen) Nein

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – (Produktgruppe PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Wird benötigt	Anzahl	Artikel	Packungs-inhalt	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	25 Stück	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Einmalhandschuhe (puderfrei) <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	100 Stück	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Mundschutz (Einmalgebrauch)	50 Stück	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch, aus wasserabweisender Folie)	100 Stück	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Händedesinfektionsmittel	500 ml	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Flächendesinfektionsmittel	500 ml	54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar		54.40.01.4
--------------------------	----------------------	--	--	------------

* Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI.

VERSORGUNG MIT ZUM VERBRAUCH BESTIMMTEN PFLEGEHILFSMITTELN

Antrag auf Kostenübernahme*

Einverständniserklärung des/der Versicherten

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Meine Daten dürfen für den Zweck und Dauer der Leistungserbringung genutzt werden.

Abtretungserklärung/Nutzungsbedingungen (zur Abrechnung mit der Pflegekasse notwendig):
Hiermit trete ich als Antragsteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die Firma **Sanitätshaus Riepe GmbH & Co. KG** ab.

Ort, Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. deren gesetzlicher Vertreter

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 54 Beihilfeberechtigung
bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift

Datum

* Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI.