

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Vertrag zur Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 2 SGB XI

Name der / des Versicherten / Pflegebedürftigen

Frau Herr

Vorname:

Nachname:

Telefon:

E-Mail:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Pflegekasse:

Versichertennummer:

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Geburtsdatum:

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI (40,00 €) / bei Beihilfeberechtigung bis maximal die Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI.
Alle darüber hinaus entstehenden Kosten werden von mir selbst getragen.

Benötigte Artikel ankreuzen	Artikel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
<input type="checkbox"/>	saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002

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

Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	51.40.01.4____

- durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift tk pharma trade Handelsgesellschaft mbH Hansastraße 15, 49205 Hasbergen	Institutionskennzeichen IK 330342092
---	--

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift des/der Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- PG 54 bis 40 € monatlich PG 54 bis 20 € monatlich PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigte(r) PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigte(r)

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift