

tk pharma-trade • Handelsgesellschaft mbH • Hansastr. 15 • 49205 Hasbergen
 • www.tk-pharma.de • info@tk-pharma.de • IK 330342092

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, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift: Straße. PLZ, Wohnort

Pflegekasse

Versichertennummer

Pflegegrad 1 2 3 4 5

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 (€ 20,00). Alle darüber hinaus entstehenden Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Anzahl	Benötigt
Einmalhandschuhe 100 St.	54.99.01.1001	S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektion 500 ml	54.99.02.0001		<input type="checkbox"/>
Flächendesinfektion flüssig, 1000ml	54.99.01.3001		<input type="checkbox"/>
Mundschutz Einweg 50 St.	54.99.01.2001		<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen Einweg 100 St.	54.99.01.3001		<input type="checkbox"/>
Schutzschürze wiederverwendbar 1 St.	54 99 01 3002		<input type="checkbox"/>
Fingerlinge Latex Einweg 100 St.	54.99.01.0001		<input type="checkbox"/>
Krankenunterlagen 60x90cm Einweg 25. St.	54.45.01.0001		<input type="checkbox"/>

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10%, sofern keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Saugende Bettschutzeinlagen Wiederverwendbar (Mit Zuzahlung i.H.v. 10 %)	51.40.01.4000		<input type="checkbox"/>
---	---------------	--	--------------------------

Erklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im von mir angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ohne Ausnahme für die ambulante Pflege (d.h. nicht durch Pflegedienste) verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werden von mir unverzüglich an Sie gemeldet. Ferner beauftrage ich TK PHARMA-TRADE mit der Lieferung der oben angeforderten Pflegehilfsmittel für die Dauer der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung direkt mit meiner Pflegekasse. TK PHARMA-TRADE darf meine Daten im Zuge der Leistungserbringung speichern und verarbeiten. Die Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte erfolgt nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung. Von meinem Widerrufsrecht kann ich jederzeit Gebrauch machen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters