

Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln Antrag auf Kostenübernahme*



Sanitätshaus H&R GmbH

Hüngert 17, 41564 Kaarst

Telefon / WhatsApp: 02131/151650

IK: 330 500 492



Versicherte/r | Pflegebedürftige/r

TIPP Direkt im PDF
ausfüllbar!

Name: _____ Vorname: _____
Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
Geburtsdatum: _____ Telefon: _____
Pflegekasse: _____ Versichertennummer: _____
IK-Nummer der Versichertenkarte: _____
Pflegegrad: 1 2 3 4 5
Eine Zuzahlungsbefreiung Ja (bitte Kopie mit dem Antrag einreichen)
liegt vor? 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 hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Wird benötigt	Anzahl	Artikel	Packungs-inhalt	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
<input type="checkbox"/>		Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	25 Stück	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>		Einmalhandschuhe (puderfrei) S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/>	100 Stück	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>		Mundschutz (Einmalgebrauch)	50 Stück	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>		Schutzschürzen (Einmalgebrauch, aus wasserabweisender Folie)	100 Stück	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>		Händedesinfektionsmittel	500 ml	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>		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"/>		Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar		51.40.01.4
--------------------------	--	--	--	------------

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 _____ (siehe Stempelfeld) ab.

Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. deren ges. 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

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

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