

Antrag auf **Kostenübernahme** zur Versorgung mit **Pflegehilfsmitteln**

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Vorname	Nachname
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Geb.-Datum		Pflegestufe	<input type="checkbox"/> 0* <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Telefon		E-Mail	
Pflegekasse		Versicherten-Nr.	

* Die Pflegestufe 0 gibt es für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz z.B. wegen einer Demenz. Auch bei Pflegestufe 0 besteht ein gesetzlicher Anspruch auf die Kostenübernahme von Pflegehilfsmitteln.

Antrag auf Kostenübernahme

- für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)** - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI/ Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (PG 54)		vom Versicherten auszufüllen			von der Pflegekasse auszufüllen			
Artikel	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	benötigt werden:			genehmigt werden:			genehmigt bis:
		ja	nein	Anzahl/Einheit	ja	nein	Anzahl/Einheit	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001							
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002							
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001							
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002							
Saugende Bettschutzauflagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001							
Fingerlinge	54.99.01.0001							
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001							
Mundschutz	54.99.01.2001							

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

Pflegehilfsmittel (PG 51)		vom Versicherten auszufüllen			von der Pflegekasse auszufüllen			
Artikel	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	benötigt werden:			genehmigt werden:			genehmigt bis:
		ja	nein	Anzahl/Einheit	ja	nein	Anzahl/Einheit	
Bettschutzaufgabe, waschbar	51.40.01.4							

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich stimme zu, dass die unten genannte Firma meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Lieferung o.g. Pflegehilfsmittel, der Kostenübernahme sowie der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse erheben und nutzen darf. Eine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte erfolgt nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung. Bitte hinterlegen Sie die unten genannte Firma mit Eingang diesen Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene, andere Lieferanten. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort/Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages
- PG 54 Beihilfenberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter

Datum

Stempel Antragsteller

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)

IK-NR.:

