



So füllen Sie Ihren Antrag auf Kostenübernahme richtig aus.

Ausfüllanleitung für das Formular zur Kostenübernahme



Gesund ist bunt

APOTHEKEN

Antrag auf Kostenübernahme

1. Persönliche Daten des zu Pflegenden
2. Damit Sie zukünftig zwischen allen Produkten frei wählen und ggf. zwischen den Paketen wechseln können, ist es notwendig, dass Sie möglichst alle Produkte auswählen, auch wenn Sie diese jetzt noch nicht beziehen wollen.
3. Benötigen Sie auch waschbare Bettschutzauflagen, dann kreuzen Sie bitte „Ja“ an und geben die Menge an.
4. Ort/Datum und Unterschrift
5. Diese Bereiche nicht ausfüllen. Diese Bereiche werden von Ihrer Pflegekasse ausgefüllt.

Ihr Antrag auf Kostenübernahme
zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln
gemäß § 37a Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

Versicherte/r (vom Versicherten oder dem gesetzlichen Betreuer auszufüllen)
 Frau Herr Vorname: _____ Nachname: _____
Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
Geb.-Datum: _____ Pflegegrad vorhanden ja nein
Telefon: _____ E-Mail: _____
Pflegekasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Antrag auf Kostenübernahme
 für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis maximal drei monatliche Höchstbeträge nach § 40 Abs. 2 SGB XI (behaltendwendung für maximal drei Monate)
 Verbrauchshilfsmittel (PG 54) - bis maximal drei monatliche Höchstbeträge nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Zuhilfenendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionnummer
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0003
Schutzschürzen, wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0004
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0005
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0006
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/> für Pflegehilfsmittel unter Absatz eins (Estermehl von 10 kg u. H. - sowie kein Einmalgebrauch nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.		

Körperpflege / Körperhygiene (PG 51)
Artikel: _____
Bettschutzauflage, waschbar Zuhilfenendes ankreuzen Pflegehilfsmittelpositionnummer: _____

Mit meiner Unterschrift bestätigen Sie die gewünschten Produkte, die Ihren Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Bitte im Rahmen des Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich stimme zu, dass die unten genannte Firma meine personenbezogenen Daten für den Zweck der Kostenübernahme sowie der Abrechnung der Kosten an mich mit meiner Pflegekasse erhalten und nutzen darf. Bitte bestätigen Sie mir mit Eingang dieses Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene Artikel. 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: _____ *Bitte unterschreiben*

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)
 PG 54 bis maximal drei monatliche Höchstbeträge
 PG 54 behaltendwendung bis maximal drei Monate
 PG 51 ohne Zuschlag
 PG 51 mit Zuschlag
 PG 51 ohne Zuschlag/behaltendwendung
 PG 51 ohne Zuschlag/behaltendwendung

Stempel Angebots: _____
K-Nr.: _____
(K der Pflegekasse, Stempel der Pflegekasse)

Sie haben noch Fragen?

Wir helfen Ihnen gerne weiter. Rufen Sie uns an.



Unsere Servicehotline
0451 - 29 22 08 28