

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

<hr/> Nachname, Vorname	<hr/> Geburtsdatum
<hr/> Straße, Hausnummer	<hr/> Pflegekasse
<hr/> PLZ, Ort	<hr/> Versicherten-Nr.
<hr/> Telefon	Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

Ich beantrage die Kostenübernahme für...

- ... zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 40,-€ monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20,-€ monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.



Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Pflegehilfsmittelpositionsnr.
<input type="checkbox"/> saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/> Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/> Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/> Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
<input type="checkbox"/> Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/> Schutzschürzen (wiederverwendbar)	54.99.01.3002

ZUTREFFENDES
BITTE
ANKREUZEN!

- ... 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.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Pflegehilfsmittelpositionsnr.
<input type="checkbox"/> 2x saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar, waschbar)	51.40.01.4

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:

San-med Praxis GmbH
Zum Fernsehturm 60, 26605 Aurich

Institutionskennzeichen:
IK 590340374

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. Meine Daten dürfen für den Zweck und der Dauer der Leistungserbringung genutzt werden.

Datum 

Unterschrift der/des Versicherten (bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 - bis 40€ monatlich | <input type="checkbox"/> PG 51 - ohne Zuzahlung | <input type="checkbox"/> PG 51 - ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigt |
| <input type="checkbox"/> PG 54 - bis 20€ monatlich | <input type="checkbox"/> PG 51 - mit Zuzahlung | <input type="checkbox"/> PG 51 - mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigt |

IK-Nr. der Pflegekasse

Datum, Stempel, Unterschrift