



Diesen Antrag können Sie auch digital ausfüllen.

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME ZUR VERSORGUNG MIT PFLEGEHILFSMITTELN

gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

Versicherte/r: (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen) Frau Herr

Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

Nachname*	<input type="text"/>	Straße, Nr.*	<input type="text"/>
Vorname*	<input type="text"/>	PLZ, Ort*	<input type="text"/>
Telefon*	<input type="text"/>	Pflegekasse*	<input type="text"/>
Geb. Datum*	<input type="text"/>	Sitz/Ort	<input type="text"/>
KV-Nr.	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>

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 hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	_____ Stk.	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	_____ Stk.	54.99.02.0002
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	_____ Stk.	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (waschbar)	_____ Stk.	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/>	Schutzlätzchen (Einmalgebrauch)	_____ Stk.	54.99.01.4
<input type="checkbox"/>	Saugende Bettschutzauflagen (Einmalgebrauch)	_____ Stk.	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge	_____ Stk.	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL _____ Stk.	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	OP-Mundschutz	_____ Stk.	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	FFP2-Masken	_____ Stk.	54.99.01.5001

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

<input type="checkbox"/>	Bettschutzauflage (waschbar)	_____ Stk.	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. Bitte hinterlegen Sie die unten genannte Firma mit Eingang dieses 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. Sollte es bereits eine bestehende Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln geben, so wird diese hiermit mit sofortiger Wirkung gekündigt.



Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreters

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse: (von der Pflegekasse auszufüllen)

IK 330205882

- PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
 PG 54 Beihilfenberechtigung hälftig des Höchstbetrages
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter
 PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter

Datum, IK-Nr. der Pflegekasse, Stempel / Unterschrift

Datenschutzhinweis (§ 67 SGB X): Die Angaben werden zur Prüfung der Leistungspflicht benötigt die Datenerhebung beruht auf § 94 SGB XI.