



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\*

Straße, Nr.\*

Vorname\*

PLZ, Ort\*

Telefon\*

Pflegekasse\*

Geb. Datum\*

Sitz/Ort

KV-Nr.

E-Mail

**Antrag auf Kostenübernahme:**

für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI/ Beihilferechtigung 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.

 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.

## EMPFANGSVOLLMACHT

Wir möchten Ihnen den Umgang mit Ihren kostenfreien Pflegehilfsmitteln so einfach wie möglich gestalten. Daher bieten wir Ihnen mit dieser Empfangsvollmacht an, die monatlich notwendige Unterschrift zum Erhalt der Pflegehilfsmittel an Ihre Wunschadresse zu übertragen.

Die Vollmacht ist ausschließlich für den Erhalt von Pflegehilfsmitteln von der semamed GmbH gültig.

Hiermit ermächtige ich:

### Versicherte/r

Frau  Herr

Nachname\*

Straße, Nr.\*

Vorname\*

PLZ, Ort\*

Telefon\*

### Bevollmächtigte/r

Name

Telefon

Straße, Nr.

Partner-Nr.

PLZ, Ort

die monatliche Lieferung von Pflegehilfsmitteln der semamed GmbH anzunehmen und die Empfangsbestätigung zu unterzeichnen.

Die semamed GmbH ist somit berechtigt, die von mir bestellten Produkte, mit schuldbefreiender Wirkung an alle Mitarbeiter und Stellvertreter der oben genannten Organisation zu liefern. Ab der Übergabe trage ich somit das Risiko für den Untergang oder Verlust der Ware. In diesem Zusammenhang stimme ich zu, dass die semamed GmbH sowohl personenbezogene, als auch Gesundheitsdaten an den von mir bevollmächtigten Pflegedienst weitergeben kann, soweit dies für die Annahme nötig ist. Sofern ich die oben genannte Empfangsvollmacht für einen Dritten, z. B. eine pflegebedürftige Person abgebe, versichere ich, dass mich die dritte Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und kann der semamed GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen. Ist dies nicht der Fall, erkenne ich hiermit an, dass ich unter Umständen schadenersatzpflichtig sein kann.

Ort, Datum



Unterschrift der/der des Versicherten oder der/der des gesetzlichen Vertreters

**WECHSELERKLÄRUNG ZUR BEANTRAGUNG DER UMVERSORGUNG MIT PFLEGEHILFSMITTELN**

Versicherte/r

 Frau  Herr

Nachname\*

Straße, Nr.\*

Vorname\*

PLZ, Ort\*

Telefon\*

**Bestätigung meines Pflegehilfsmittel-Anbieterwechsels zu:****semamed GmbH**Überseeallee 1  
20457 Hamburg

Sehr geehrte Damen und Herren,  
hiermit möchte ich meinen neuen Pflegehilfsmittel-Anbieter anmelden:

semamed GmbH  
Überseeallee 1  
20457 HamburgFax: + 49 40 524703760  
Tel.: + 49 800 0010704

Dort nehme ich ab dem Monat \_\_\_\_\_ im Jahr \_\_\_\_\_ den Service der monatlichen semamed GmbH Pflegebox-Lieferung in Anspruch. Die Versorgung meines vorherigen Anbieters habe ich gekündigt.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum



Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreters