

Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln

Antrag auf Kostenübernahme*

TIPP Direkt im PDF ausfüllbar!

Versicherte/r

Name:	Vorname:
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:
Geburtsdatum:	Telefon:
Pflegekasse:	Versichertennummer: IK-Nummer der Versichertenkarte:
Pflegegrad: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	Eine Zuzahlungsbefreiung liegt vor? <input type="radio"/> Ja (bitte Kopie mit dem Antrag einreichen) <input type="radio"/> Nein

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

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

WIRD BENÖTIGT	BENÖTIGTE ANZAHL bitte eintragen	ARTIKEL	PFLEGEHILFSMITTEL-POSITIONSNUMMER
<input type="radio"/>	_____ x 500 ml	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="radio"/>	_____ x 500 ml	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
<input type="radio"/>	_____ x 100 Stück	Einmalhandschuhe (puderfrei) S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL <input type="radio"/>	54.99.01.1001
<input type="radio"/>	_____ x 50 Stück	Mundschutz (zum Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
<input type="radio"/>	_____ x 25 Stück	Bettschutzeinlagen (zum Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="radio"/>	_____ x 100 Stück	Schutzschürzen (zum Einmalgebrauch, aus wasserabweisender Folie)	54.99.01.3001
Kreuzen Sie hier bitte an, welches Pflegepaket Ihrer Auswahl entspricht: 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> 6 <input type="radio"/> 7 <input type="radio"/>			
<input type="radio"/>	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.		
<input type="radio"/>	_____ x 1 Stück	Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar (bis zu 3 Stück/Jahr)	51.40.01.4

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Bitte verzeichnen Sie die PAUL HARTMANN AG als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Meine Daten dürfen für den Zweck und Dauer der Leistungserbringung genutzt werden.

Abtretungserklärung/Nutzungsbedingungen (zur Abrechnung mit der Pflegekasse notwendig): Hiermit trete ich als Antragsteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an PAUL HARTMANN AG ab.

Datum und Unterschrift der / des Versicherten bzw. deren ges. Vertreter

GENEHMIGUNGSVERMERK DER PFLEGEKASSE

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="radio"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="radio"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="radio"/> PG 51 ohne Zuzahlung |
| | <input type="radio"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| | <input type="radio"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

* Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI