



durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
Rehaform GmbH & Co. KG Am Kronhalsgraben 28 18437 Stralsund	5   9   1   3   0   0   6   5   3

Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs:

- Beratung in den Geschäftsräumen  
 Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)  
 Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

- mich persönlich und/oder  
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

beraten.

Datum der Beratung:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Beratende/r Mitarbeiter/in:

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

\*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

<b><u>Genehmigungsvermerk der Pflegekasse</u></b>	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung
<input type="checkbox"/> PG 54	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
nach § 40 Absatz 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
<input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI	
(Datum)	(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)