

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Frau Herr Vorname _____ Nachname _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Geb.-Datum _____ Pflegegrad vorhanden ja nein

Telefon _____ E-Mail _____

Pflegekasse _____ Versicherten-Nr. _____

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.

Verbrauchshilfsmittel (PG 54)				vom Versicherten auszufüllen:			von der Pflegekasse auszufüllen:		
Artikel	Pflegehilfsmittelpositionsnr.	Menge	Preis	benötigt werden:			genehmigt werden:		
				ja	nein	Anzahl	ja	nein	Anzahl
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	500 ml							
		1.000 ml							
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	500 ml							
		1.000 ml							
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001	100 Stück							
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück							
Schutzlätzchen, Einmalgebrauch	54.99.01.5001	50 Stück							
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001	50 Stück							
Fingerlinge	54.99.01.0001	100 Stück							
Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	54.99.01.1001	100 Stück							
Mundschutz	54.99.01.2001	50 Stück							

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

Körperpflege / Körperhygiene (PG 51)				vom Versicherten auszufüllen:			von der Pflegekasse auszufüllen:		
Artikel	Pflegehilfsmittelpositionsnr.	Menge	Preis	benötigt werden:			genehmigt werden:		
				ja	nein	Anzahl	ja	nein	Anzahl
Bettschutzaufgabe, wachbar	51.40.01.4	1 Stück							

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 diesen 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.

← bitte unterschreiben

Ort _____ Datum _____ Unterschrift der / des Versicherten bzw. Bevollmächtigten _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages
 PG 54 Beihilfeberechtigung bis max. d. Hälfte d. monatl. Höchstbetrages
 PG 51 ohne Zuzahlung PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

_____ Datum _____
 (IK der Pflegekasse, Stempel / Unterschrift)

REHAFORM
IHR SANITÄTSHAUS

Rehaform GmbH & Co. KG
Am Kronhalsgraben 28
18437 Stralsund
IK Nummer: 591300653