

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Vertrag zur Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

Angaben zur versicherten Person

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Vorname	Nachname
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	
Geburtsdatum	Telefon	E-Mail	
Pflegekasse		Versichertennummer	
Pflegegrade	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>

Antrag auf Kostenübernahme

- Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI (€40,00) / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI (€20,00). Alle darüber hinaus entstehenden Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Anzahl			Benötigt
Einmalhandschuhe 100 Stk.	54.99.01.1001	S	M	L	<input type="checkbox"/>
Fingerlinge 100 Stk.	54.99.01.1001				<input type="checkbox"/>
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch 30 Stk.	54.45.01.0001				<input type="checkbox"/>
Händedesinfektion 1 ltr.	54.99.02.0001				<input type="checkbox"/>
Flächendesinfektion 1 ltr.	54.99.02.0002				<input type="checkbox"/>
Mundschutz 50 Stk.	54.99.01.2001				<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen – Einmalgebrauch 100 Stk.	54.99.01.3001	125cm	140cm		<input type="checkbox"/>

- Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H., sofern keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Saugende Bettschutzeinlagen – Wiederverwendbar	51.40.01.4000		<input type="checkbox"/>
--	---------------	--	--------------------------

Erklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im von mir angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ohne Ausnahme für die ambulante private Pflege (d.h. nicht durch Pflegedienste) verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werden von mir unverzüglich an Sie gemeldet. Ferner beauftrage ich die WIELAND-APOTHEKE mit der Lieferung der oben angeforderten Pflegehilfsmittel für die Dauer der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Die WIELAND-APOTHEKE darf meine Daten im Zuge der Leistungserbringung speichern und verarbeiten. Die Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte erfolgt nur mit ausdrücklicher Zustimmung. Von meinem Widerrufsrecht für diese Erklärung kann ich jederzeit Gebrauch machen.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

Genehmigungsvermerk (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- PG 54 bis max. des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 54 Beihilfeberechtigung bis max. der Hälfte des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI.
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfenberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfenberechtigter

Institutskenzeichen der Pflegekasse

Datum

Stempel & Unterschrift der Pflegekasse