

Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

IK 330911433



Versicherte/r (von der / dem Versicherte/n oder bevollmächtigten Betreuer/in auszufüllen)

| | |
|-------------|--|
| Name | Vorname |
| Straße, Nr. | PLZ, Ort |
| Geb.-Datum | Pflegegrad vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Telefon | E-Mail |
| Pflegekasse | Versicherten-Nr. |

Antrag auf Kostenübernahme

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG54)** bis max. des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI bzw. bei Beihilfeberechtigung der Hälfte des o.g. Höchstbetrages. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

| Artikel | bitte ankreuzen | Pflegehilfsmittel-Positionsnr. |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| Saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch | <input type="checkbox"/> | 54.45.01.0001 |
| Fingerlinge | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.0001 |
| Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.1001 |
| Mundschutz | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.2001 |
| Schutzschürzen – Einmalgebrauch | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.3001 |
| Schutzschürzen – wiederverwendbar | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.3002 |
| Schutzlätzchen - Einmalgebrauch | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.4 |
| Händedesinfektionsmittel | <input type="checkbox"/> | 54.99.02.0001 |
| Flächendesinfektionsmittel | <input type="checkbox"/> | 54.99.02.0002 |

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG51)** unter Abzug des Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

| Artikel | bitte ankreuzen | Pflegehilfsmittel-Positionsnr. |
|--|--------------------------|--------------------------------|
| Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar | <input type="checkbox"/> | 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 des Bedarfs werde ich sofort mitteilen. Ich stimme zu, dass Fa. Paul Samberger GmbH 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. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

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

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- PG 54 bis max. des monatl. Höchstbetrages
- PG 54 Beihilfeberechtigung bis max. der Hälfte des monatl. Höchstbetrages
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfe
- PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfe

Datum _____ IK der Pflegekasse _____ Stempel und / oder Unterschrift _____