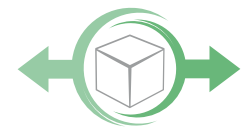




Antrag auf Kostenübernahme* für Pflegehilfsmittel

*zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß §78
Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI



SauberKiste

BY ERFOLGSBETONT

Antragssteller/Versicherte(r)

Herr Frau

Grüne Felder ausfüllen
und ankreuzen

Graue Felder werden durch die
Pflegekasse ausgefüllt

Name	<input type="text"/>	Pflegekasse	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Pflegestufe	0 <input type="text"/> 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/>
Straße	<input type="text"/> Nr. <input type="text"/>	Versicherten-Nr.	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>

Versicherte(r) ist Gesetzlich Pflegeversichert Privat Pflegeversicherung Beihilfeberechtigt

Ich beantrage die Kostenübernahme zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel (Produktgruppe PG 54) bis maximal 40,00 € bzw. bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen. Hierzu erfolgt eine gesonderte Information ob eine Zuzahlung nötig wird oder nicht.

Benötigte Anzahl	Produkt	Einheit	Von Pflegekasse genehmigt / bis	
<input type="checkbox"/> 50 Stück	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	50 Stück	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1 Stück	Schutzschürzen (wiederverwendbar)	1 Stück	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 100 Stück	Fingerlinge	100 Stück	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 100 Stück	Einmalhandschuhe S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/>	100 Stück	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 50 Stück	Mundschutz	50 Stück	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 500 ml	Händedesinfektionsmittel	500 ml	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 500 ml	Flächendesinfektionsmittel	500 ml	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 25 Stück	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	25 Stück	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (Produktgruppe PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

2 Stück/ im Jahr Bett- Schutz- einlagen (wiederverwendbar) 2 Stück Ja Nein

Mit Eingang dieses Antrages ersetze ich meine bisherigen Lieferanten durch die Erfolgsbetont GmbH als meinen Leistungserbringer.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 40,00 € monatlich | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 20,00 € monatlich/ Beihilfeberechtigung | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfeberechtigter |
| <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfeberechtigter |

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel Pflegekasse



Datum



Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. gesetzlicher Vertreter