

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel



health & living

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen (Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Frau Herr Vorname: _____ Name: _____

Straße, Nr: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ/Ort: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____ Pflegekasse: _____

Pflegegrad: keiner 1 2 3 4 5 Versicherten-Nr.: _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für: zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zutreffendes ankreuzen	zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
<input type="checkbox"/>	saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	<input type="text"/>	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen
humade GmbH, Kleiner Ort 7, 28357 Bremen	IK 330 401 620

Ich beauftrage die humade GmbH mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die humade GmbH, mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie – sofern bereits vorhanden – meinen bisherigen Lieferanten. Ich bestätige, dass die beantragten Pflegehilfsmittel zur Erleichterung meiner Pflege dienen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen. Die Pflegehilfsmittel werden ausschließlich für meine private Pflege verwendet. Meine personenbezogenen Daten werden von der humade GmbH zum Zwecke der Begründung und Durchführung dieses Vertrags gemäß der datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben, verarbeitet und genutzt.



(Datum und Unterschrift der/des Versicherten oder gesetzlichen Vertreters/Betreuers)



Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54
bis maximal des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung
bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 SGB XI

- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse)

(Stempel und Unterschrift)