

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME UND BERATUNGSDOKUMENTATION

Name, Vorname

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Geburtsdatum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versichertennummer

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort

Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal die Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüberhinausgehende Kosten trage ich selbst.**

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	Menge / Faktoreintragen	Erläuterung
saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	<input type="text"/>	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<input type="text"/>	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<input type="text"/>	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<input type="text"/>	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	<input type="text"/>	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<input type="text"/>	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<input type="text"/>	
Schutzservietten – Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	<input type="text"/>	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<input type="text"/>	Bei 500ml den Faktor 5, bei 1000ml den Faktor 10 eintragen.
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<input type="text"/>	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<input type="text"/>	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<input type="text"/>	

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	Menge / Faktoreintragen	Erläuterung
saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> (ergänzen)	1 Stück	<input type="text"/>	

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
SANITÄTSHAUS NORDLICHT GmbH – Fachhandel für Medizin- & Rehathechnik Saarstraße 2, 16928 Pritzwalk ♦ Tel. 03395 / 75 49 70 ♦ Fax 03395 / 75 49 777	<input type="text" value="3"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="6"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="0"/>

Ich wurde vor Übergabe des Pflegehilfsmittels / der Pflegehilfsmittel vom o.g. Leistungserbringer umfassend beraten, insb. darüber, welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind, die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs: Beratung in den Geschäftsräumen
 individuelle telefonische / digitale Beratung
 Beratung in der Häuslichkeit

Datum der Beratung:

Beratende/r Mitarbeiter/in: _____

Der o.g. Leistungserbringer hat: mich persönlich beraten und / oder
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter / Bevollmächtigten o. Angehörigen) beraten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste o. Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. **Kosten für evtl. darüberhinausgehende Leistungen trage ich selbst.**

Datum

X

Unterschrift der / des Versicherten

(ggf. der Betreuungsperson / des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI
 PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 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)