

Antrag auf Kostenübernahme

über die Versorgung des / der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln

gem. § 78 Abs. 1 i.V. m. § 40 Abs. 2 SGB XI (in Anlehnung an Anlage 4)



(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Angaben Versicherte(r) / Pflegebedürftige(r)

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname	Geburts-Datum
	Name	Pflegestufe keine <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
	Straße / Nr.	Pflegekasse
	PLZ / Ort	Versicherten-Nr.
	Telefon	E-Mail

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis max. 40,00 € / bei Beihilfsberechtigung bis max. 20,00 € monatlich.

Produktgruppe 54		Vom Versicherten auszufüllen			Von der Pflegekasse auszufüllen		
Artikel	Menge	ja	nein	Anzahl	ja	nein	Bemerkung
saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	50 Stk.						
Einmalhandschuhe Größe: S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/>	100 Stk.						
Mundschutz (Einmalgebrauch)	50 Stk.						
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 Stk.						
Händedesinfektionsmittel	500 ml						
Flächendesinfektionsmittel	500 ml						

Ich beantrage die Kostenübernahme für Körperpflege/-hygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H. (10%), soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3, Satz 5 SGB XI vorliegt.

Produktgruppe 51		Vom Versicherten auszufüllen			Von der Pflegekasse auszufüllen		
Artikel	Menge	ja	nein	Anzahl	ja	nein	Bemerkung
saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	1 Stk.						

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.

Ich beauftrage KoMed Medical GmbH & Co. KG als Leistungserbringer mit der Belieferung. KoMed Medical oder deren Abrechnungsstelle* darf die gelieferten Pflegehilfsmittel mit meiner Pflegekasse abrechnen. Zu diesem Zweck trete ich meine Kostenerstattungsansprüche ab. Mir entstehen durch diese Regelung keinerlei Kosten oder sonstige Auslagen. Ich habe das Recht, diese Regelung jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widerrufen.

* Im Falle der Abrechnung durch eine Abrechnungsstelle bin ich mit der zweckgebundenen Weitergabe aller notwendigen Daten einverstanden.

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse:

- PG 54 bis zu 40,00 € monatlich
- PG 54 bis zu 20,00 € monatlich / Beihilfeberechtigt
- 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

Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Auswahl Pflegepaket

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Angaben Versicherte(r) / Pflegebedürftige(r)

Frau
 Herr

Vorname _____
Name _____
Straße / Nr. _____
PLZ / Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____

Leistungsbeginn der Pflegekasse bzw.
Bewilligung der Pflegestufe erfolgte im: Monat _____ Jahr _____

Versicherte(r) ist:

- gesetzlich pflegeversichert
 privat pflegeversichert
 beihilfsberechtigt
 über Ortsamt/Sozialamt versichert

Versicherte(r) bezieht:

- Pflegesachleistung § 36
(Pflege durch ambulanten Pflegedienst)
 Pflegegeld § 37
(Pflege nur durch Angehörige(n) oder andere private Pflegeperson(en))
 Kombinationsleistung § 38
(Pflege durch private Pflegeperson(en), gemeinsam mit dem Pflegedienst)

Angaben Angehörige(r) / bzw. Pflegeperson oder Betreuer(in)

Frau
 Herr

Vorname _____
Name _____
Straße / Nr. _____
PLZ / Ort _____
Telefon _____
E-Mail _____

Diese Person ist:

- Ehe-/ Lebenspartner
 (Schwieger-) Tochter / Sohn
 Mutter / Vater
 Freund(in) / Bekannte(r)
 Betreuer(in)

Gesetzliche(r) Bevollmächtigte(r):

- ja nein

Angaben betreuender Pflegedienst

Name _____
Straße / Nr. _____
PLZ / Ort _____

Telefon _____

E-Mail _____

Pflegepaket-Auswahl

1 50 x Bettschutzeinlagen
200 x Einmalhandschuhe
500 ml Flächendesinfektion

2 50 x Mundschutz
100 x Schutzschürzen
100 x Einmalhandschuhe
500 ml Flächendesinfektion
500 ml Händedesinfektion

3 50 x Bettschutzeinlagen
100 x Schutzschürzen
500 ml Händedesinfektion

Individuelle Zusammenstellung

Lieferadresse

Bitte die gewünschten Pflegehilfsmittel an diese Adresse liefern:

- Versicherte(r) / Pflegebedürftige(r)
 Angehörige(r) / Pflegeperson / Betreuer(in)
 Pflegedienst

Monatliche Lieferung

- Ja**, ich möchte mein ausgewähltes Paket (1, 2 oder 3) automatisch monatlich geliefert bekommen.

Informationen

Ich bin an weiteren Pflege-/Hilfsmitteln interessiert und wünsche weitere Infos:

- Körperwäsche, Hygiene
 Messgeräte (Blutdruck/Blutzucker)
 Gehilfen, Rollstühle, Mobilität
 Haut- und Wundpflege
 Treppenlifte
 Pflegebetten, Sitz-, Lagerungshilfen
 Alltagshilfen im Haushalt
 Bandagen, Kompressionsstrümpfe
 Schienen, Orthesen und Prothesen
- per Post per Email
 telefonisch

Einmalhandschuhe in Größe:
S M L

wir begleiten
pflegende Angehörige

Datum _____

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) _____

Bitte auch umseitiges Formular ausfüllen, damit wir für Sie die Kostenübernahme bei Ihrer Pflegekasse beantragen können!