

# 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	Pflegegrad kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <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.

Mit der Übersendung an KoMed, erkläre ich in freier Entscheidung, dass meine personenbezogenen Daten, sowie meine Gesundheitsdaten gemäß Artikel 9 der EU-Datenschutz-Grundverordnung durch KoMed gespeichert, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Der Übermittlung meiner Daten an die Beteiligten der Hilfsmittelversorgung (Kranken-/Pflegekasse, behandelnder Arzt, Pflegedienst, Therapeuten, Hersteller, Lieferanten etc.) stimme ich zu. Ebenso der Nutzung der Versorgungsdaten zur Nachsorge. Die Daten werden ausschließlich zur Hilfsmittelversorgung genutzt und nicht anderweitig verwendet.

KoMed oder deren Abrechnungsstelle darf die gelieferten Pflegehilfsmittel mit meiner Pflegekasse abrechnen. Im Falle der Abrechnung durch eine Abrechnungsstelle, bin ich mit der zweckgebundenen Weitergabe aller notwendigen Daten einverstanden. Zum Zwecke der Abrechnung trete ich meine Kostenerstattungsansprüche ab. Mir entstehen durch diese Regelung keinerlei Kosten oder sonstige Auslagen.

Ich habe das Recht, diese Regelung, sowie meine Einwilligung zur Datennutzung jederzeit zu widerrufen.

Ich habe alle Informationen gelesen und beauftrage KoMed Medical GmbH & Co. KG als Leistungserbringer mit der Belieferung.

### 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)

(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 des Pflegegrades erfolgte im: Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

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

Frau  
 Herr

Vorname \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

## Angaben betreuender Pflegedienst

Name \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

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)

Diese Person ist:

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

Gesetzliche(r) Bevollmächtigte(r):

- ja  nein

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

Einmalhandschuhe in Größe:

S  M  L

## 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

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!