

Ihr Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Frau Herr

Vorname _____ Nachname _____ Geb.-Datum _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

E-Mail _____ Telefon _____ Pflegegrad 1 2 3 4 5

Pflegekasse _____ Versicherten-Nr. _____

Antrag auf Kostenübernahme

für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI/ Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (PG 54)

vom Versicherten auszufüllen

von der Pflegekasse auszufüllen

Benötigt werden:

Genehmigt werden:

Genehmigt bis:

| | | | | | | |
|-----------------------------------|---------------|--------------------------|--|----|------|--|
| Händedesinfektionsmittel | 54.99.02.0001 | <input type="checkbox"/> | | Ja | Nein | |
| Flächendesinfektionsmittel | 54.99.02.0002 | <input type="checkbox"/> | | Ja | Nein | |
| Schutzschürzen (Einmalgebrauch) | 54.99.01.3001 | <input type="checkbox"/> | | Ja | Nein | |
| Schutzschürzen (wiederverwendbar) | 54.99.01.3002 | <input type="checkbox"/> | | Ja | Nein | |
| Saugende Bettschutzauflagen | 54.45.01.0001 | <input type="checkbox"/> | | Ja | Nein | |
| Einmalgebrauch Fingerlinge | 54.99.01.0001 | <input type="checkbox"/> | | Ja | Nein | |
| Einmalhandschuhe | 54.99.01.1001 | <input type="checkbox"/> | | Ja | Nein | |
| Mundschutz | 54.99.01.2001 | <input type="checkbox"/> | | Ja | Nein | |

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

Verbrauchshilfsmittel (PG 51)

vom Versicherten auszufüllen

von der Pflegekasse auszufüllen

Genehmigt werden:

Genehmigt bis:

| | | | | | | |
|-----------------------------|---------------|--------------------------|-------|----|------|--|
| Bettschutzauflage, waschbar | 51.40.01.4000 | <input type="checkbox"/> | Menge | Ja | Nein | |
|-----------------------------|---------------|--------------------------|-------|----|------|--|

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich stimme zu, dass die Dorfplatz-Apotheke meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Lieferung o.g. Pflegehilfsmittel, der Kostenübernahme sowie der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse erheben und nutzen darf. Eine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte erfolgt nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung. Bitte hinterlegen Sie die Dorfplatz-Apotheke mit Eingang dieses Schreibens als meinen Lieferanten für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene, andere Lieferanten. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort/Datum _____

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
- PG 54 Beihilfenberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter

Datum: _____

IK-NR.: _____

Stempel Dorfplatz-Apotheke: