

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Vorname	Nachname
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Geb.-Datum		Pflegegrad	
Telefon		E-Mail	
Pflegekasse		Versicherten-Nr.	

Antrag auf Kostenübernahme

Um den gesetzlich festgesetzten monatlichen Höchstbeitrag nach §40 Abs 2 SGB XI nicht zu überschreiten, bitte wir Sie **maximal 4 der unten aufgelisteten Produkte** auszuwählen. Sollten Sie mehr als 4 Produkte benötigen, bitten wir Sie direkt Kontakt mit uns aufzunehmen und eine individuelle Bestellung aufzugeben.

Verbrauchshilfsmittel (PG 54)

Artikel	Flüssig	Gel	Tücher	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Schutzschürzen, Einmalgebrauch				<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen, wiederverwendbar				<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Schutzlätzchen, Einmalgebrauch				<input type="checkbox"/>	54.99.01.4
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch				<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge				<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL				<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz				<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001

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

Körperpflege / Körperhygiene (PG 51)

Artikel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Bettschutzauflage, waschbar	<input type="checkbox"/>	51.40.01.4

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich stimme zu, dass die unten genannte Firma 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. Bitte hinterlegen Sie die unten genannte Firma mit Eingang diesen Schreibens als meinen Leistungserbringer 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.

bitte unterschreiben

Ort _____ Datum _____ Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

PG 54 bis maximal des monatl. 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 der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift) _____



+49 40 537984740

KuraPaket UG (haftungsbeschränkt)
Überseeallee 1, ABC Workspaces
20457 Hamburg
IK: 330205519