

Antrag auf Kostenübernahme*

Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln

Versicherte/r | Pflegebedürftige/r

Name: _____

Vorname: _____

Straße / Nr: _____

PLZ / Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

Pflegekasse: _____

Versichertennummer: _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

IK-Nummer der Versichertenkarte: _____

Eine Zuzahlungsbefreiung liegt vor?

Ja (Bitte Kopie mit dem Antrag einreichen) Nein

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – (Produktgruppe PG54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

| Wird benötigt | Anzahl | Artikel | Packungsinhalt | Pflegehilfsmittelpositionennummer |
|--------------------------|--------|---|----------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | x | Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) | 25 Stück | 54.45.01.0001 |
| <input type="checkbox"/> | x | Einmalhandschuhe (puderfrei) <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL | 100 Stück | 54.99.01.1001 |
| <input type="checkbox"/> | x | Mundschutz (Einmalgebrauch) | 50 Stück | 54.99.01.2001 |
| <input type="checkbox"/> | x | Schutzschürzen (Einmalgebrauch, aus wasserabweisender Folie) | 100 Stück | 54.99.01.3001 |
| <input type="checkbox"/> | x | Händedesinfektionsmittel | 500 ml | 54.99.02.0001 |
| <input type="checkbox"/> | x | Flächendesinfektionsmittel | 500 ml | 54.99.02.0002 |

Pflegemittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

| Wird benötigt | Anzahl | Artikel | Packungsinhalt | Pflegehilfsmittelpositionennummer |
|--------------------------|--------|--|----------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | x | Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar) | - | 51.40.01.4 |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt.

Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Meine Daten dürfen für den Zweck und Dauer der Leistungserbringung genutzt werden.

Abtretungserklärung / Nutzungsbedingungen (zur Abrechnung mit der Pflegekasse notwendig):

Hiermit trete ich als Antragsteller / Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die **aktivxpert GmbH, Dr.-Warsing-Str. 303, 26802 Moormerland** ab.

Datum und Unterschrift der / des Versicherten bzw. deren gesetzlichen Vertreter

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 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

* Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI