

2. Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Diese Informationen benötigt die Pflegekasse (Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI)

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Frau	Herr	Vorname:						Nachname:	
Straße/Nr.:			PLZ/Ort:						
Telefonnr.: (Nur für Rückfragen. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.)			E-Mail:						
Geburtsdatum:		Pflegegrad:		1	2	3	4	5	Kein Pflegegrad
Pflegekasse:			Versicherten-Nr.:						
Versicherte(r) ist: gesetzlich pflegeversichert privat pflegeversichert beihilfeberechtigt über Ortsamt/Sozialamt versichert									

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe 54 – bis maximal 40 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Benötigt
Einmalhandschuhe 100 Stück	54.99.01.1001	<input checked="" type="checkbox"/>
Schutzschürzen (Einmalgebrauch) 100 Stück	54.99.01.3001	<input checked="" type="checkbox"/>
Handdesinfektionsmittel 500 ml	54.99.02.0001	<input checked="" type="checkbox"/>
Flächendesinfektionsmittel 500 ml	54.99.02.0002	<input checked="" type="checkbox"/>
Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 25 Stück	54.45.01.0001	<input checked="" type="checkbox"/>
Mundschutz 50 Stück	54.99.01.2001	<input checked="" type="checkbox"/>
FFP2 - oder vergleichbare Masken 10 Stück	54.99.01.5001	<input checked="" type="checkbox"/>
Fingerlinge 100 Stück	54.99.01.0001	<input checked="" type="checkbox"/>

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

Artikel der Produktgruppe 51	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Benötigt
3 saugende Bettschutzeinlage wiederverwendbar	54.40.01.4084	<input checked="" type="checkbox"/>

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift: ecura GmbH, Homburger Straße 76, 61118 Bad Vilbel	Institutionskennzeichen: IK 330603383
--	--

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

X

Datum, Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekassen

PG 54 bis maximal zum monatlichen Höchstbetrag nach §40 Abs. 2 SGB XI	PG 51 mit Zuzahlung	
PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrag nach §40 Abs. 2 SGB XI	PG 51 ohne Zuzahlung	
	PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter	
	PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter	
_____	_____	_____
Datum	IK der Pflegekasse	Stempel und Unterschrift

Hinweis: Der Durchschlag ist für Ihre Unterlagen bestimmt. Bitte senden Sie das Original per Post oder E-Mail an die unten stehenden Kontaktdaten.