

Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort

Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:


zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Absatz 2 SGB XI, bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Absatz 2 SGB XI. **Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Rechen- größe	Menge/ Faktor bitte eintragen
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)			
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch), verschiedene Größen	54.45.01.0001	25 Stück	
Einmalhandschuhe (Nitril unsteril; S, M, L & XL)	54.99.01.1001	1 Stück	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken	54.99.01.5001	1 Stück	
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	
Schutzservietten zum Eimalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	500 ml	
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	500 ml	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 54) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Rechen- größe	Menge/ Faktor bitte eintragen
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)			
Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4090	1 Stück	

Durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
 <p>Kgl. Priv. Apotheke Tellingstedt Hauptstraße 6 25782 Tellingstedt</p>	<p>+ 1 3 0 7 7 4 1 +</p>

Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig ist
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann

Form des Beratungsgesprächs: Beratung in den Geschäftsräumen
 Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z.B Videochat)
 Beratung in der Häuslichkeit

Der o.g. Leistungserbringer hat: mich persönlich und/oder
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

Datum der Beratung: _____

Beratende/r Mitarbeiter/in: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüberhinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse	
<input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Absatz 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung
	<input type="checkbox"/> PG 51 Ohne Zuzahlung
<input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Absatz 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
(Datum)	(IK der Pflegekasse Stempel und Unterschrift)