

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

Gemäß Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln gem. § 78 Abs. 1 i.V. m. § 40 Abs. 2 SGB XI

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____
 Straße /Nr.: _____ / _____ PLZ/Ort _____ / _____
 Tel.: _____
 Pflegekasse: _____ Versichertennummer: _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis max. 40,00€ / bei Beihilfeberechtigung bis max. 20,00€ monatlich. Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Pflegepakete	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen		Im Wechsel
	Inhalt	Gewünschte Pflegepaket und ggf. Größe bitte ankreuzen	Bitte hier das gewünschte Pflegepaket im Wechsel auflisten
A	Handschuhe in den Größen	S <input type="checkbox"/>	
	S bis XL (100 Stck.)	M <input type="checkbox"/>	
	Händedesinfektion (500 ml)	L <input type="checkbox"/>	
	2x Flächendesinfektion (250 ml)	XL <input type="checkbox"/>	
B	Handschuhe in den Größen	S <input type="checkbox"/>	
	S bis XL (100 Stck.)	M <input type="checkbox"/>	
	Händedesinfektion (500 ml)	L <input type="checkbox"/>	
		XL <input type="checkbox"/>	
C	Handschuhe in den Größen	S <input type="checkbox"/>	
	S bis XL (100 Stck.)	M <input type="checkbox"/>	
	2x Flächendesinfektion (250 ml)	L <input type="checkbox"/>	
		XL <input type="checkbox"/>	

D	Handschuhe in den Größen	S <input type="checkbox"/>	
	S bis XL (100 Stck.)	M <input type="checkbox"/>	
	Saugende Bettschutzeinlagen/	L <input type="checkbox"/>	
	Einmalgebrauch (25 Stck.)	XL <input type="checkbox"/>	
E	Handschuhe in den Größen	S <input type="checkbox"/>	
		M <input type="checkbox"/>	
	S bis XL (200 Stck.)	L <input type="checkbox"/>	
		XL <input type="checkbox"/>	
F	Saugende Bettschutzeinlagen		
	Einmalgebrauch (50 Stck.)		
	Händedesinfektion (500 ml)		
G	Saugende Bettschutzeinlagen		
	Einmalgebrauch (50 Stck.)		
	2x Flächendesinfektion (250 ml)		
H	Saugende Bettschutzeinlagen		
	Einmalgebrauch (75 Stck.)		
I	2x Händedesinfektion (500ml)		
	2x Flächendesinfektion (250ml)		
J	Händedesinfektion (500ml)		
	4x Flächendesinfektion (250ml)		
K	Saugende Bettschutzeinlagen		
	Einmalgebrauch (25 Stck.)		
	Händedesinfektion (500ml)		
	2x Flächendesinfektion (250ml)		
L	3x Händedesinfektion (500ml)		
M	8x Flächendesinfektion (250ml)		

Bei Änderungen des Pflegepaketes oder anderen Wünschen, sprechen Sie uns bitte an. Ebenfalls besteht die Möglichkeit, eine monatliche Wechsellieferung zu nutzen.

Retoursendungen oder Annahmeverweigerungen müssen wir Ihnen in Höhe von 5,90€ privat in Rechnung stellen.

Bitte beachten Sie uns bei Adressänderungen oder Wegfall des Anspruches unverzüglich zu informieren, um Privatberechnungen für Sie zu vermeiden. Kosten, die dafür entstehen, werden Ihnen in Rechnung gestellt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden. Mit Unterzeichnung dieses Antrages habe ich die genannten Informationen zur Kenntnis genommen.

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

.....

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis zu 40,00€ monatlich
- PG 54 bis zu 20,00€ monatlich / Beihilfeberechtigung

(IK-Nr. der Pflegekasse)

(Datum, Stempel, Unterschrift der Pflegekasse)