

Antrag | Pflegehilfsmittel (40-Euro-Pauschale)

Antrag einfach per Fax an **0800 233 66 59** oder **per Mail (hier klicken)** einreichen.

Angaben zur Versicherten/Pflegebedürftigen Person

Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Straße: _____ PLZ/Ort: _____
 Krankenkasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

- 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.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Hilfsmittelnummer
Bettschutzeinlagen (einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Schutzschürzen (einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002

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

Wir benötigen _____ x wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (max. 3 Stück pro Jahr)

- Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Sanitätshaus Müller + Festerling GmbH | IK 330570271

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.

Datum _____



Unterschrift Versicherte(r) bzw. Bevollmächtigte(r) _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 | bis maximal des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 AGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 54 (Beihilfeberechtigt) | bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 AGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung |
| | | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung (Beihilfeberechtigt) |
| | | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung (Beihilfeberechtigt) |

Datum _____

Genehmigungsnummer _____

Stempel und Unterschrift der Pflegekasse _____