

Ihr Antrag auf Kostenübernahme

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

01 VERSICHERTE PERSON

NAME, VORNAME

GEBURTSDATUM

VERSICHERTENNUMMER

ANSCHRIFT: STRAßE, PLZ, WOHNORT

PELLEGEKASSE

02 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.
Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

BEZEICHNUNG	PFLEGEHILFSMITTEL-POSITIONSNUMMER	RECHEN-GRÖßE	MENGE / FAKTOR EINTRAGEN	ERLÄUTERUNG
ZUM VERBRAUCH BESTIMMTE PFLEGEHILFSMITTEL (PG 54)				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück		je Beutel 30 Stück, daher ist der Faktor 30, 60, 90 usw.
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück		je Pack 100 Stück, daher ist der Faktor 100, 200, 300 usw. Bitte Größe ankreuzen ☐ M ☐ L ☐ XL
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück		je Pack 100 Stück, daher ist der Faktor 100, 200, 300 usw. Bitte Größe ankreuzen ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück		je Pack 50 Stück, daher ist der Faktor 50, 100, 150 usw.
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück		je Pack 5 Stück, daher ist der Faktor 5, 10, 15 usw.
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück		je Pack 50 Stück, daher ist der Faktor 50, 100, 150 usw.
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück		je Pack 1 Stück
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück		je Pack 100 Stück, daher ist der Faktor 100, 200, 300 usw.
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml		Bei 500 ml bitte den Faktor 5, bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml		
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück		je Pack XX Stück, daher ist der Faktor XX, XXX, XXX usw.
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück		je Pack 60 Stück, daher ist der Faktor 60, 120, 180 usw.

03 KÖRPERPFLEGE / KÖRPERHYGIENE (PG 51)

- ☐ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

BEZEICHNUNG	PFLEGEHILFSMITTEL POSITIONSNUMMER	RECHEN- GRÖßE	MENGE EINTRAGEN	ERLÄUTERUNG
PFLEGEHILFSMITTEL ZUR KÖRPERPFLEGE / HYGIENE UND ZUR LINDERUNG VON BESCHWERDEN (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück		je Pack 1 Stück



Medizintechnik & Praxisbedarf e.K.

Ihr Antrag auf Kostenübernahme

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

04 DURCH FOLGENDEN LEISTUNGSERBRINGER



ACUmed Medizintechnik & Praxisbedarf e.K.

Wupperstraße 40
42897 Remscheid

INSTITUTIONSKENNZEICHEN (IK)

5 9 0 5 2 9 4 3 9

05 BERATUNG VOR DER ÜBERGABE

- ☐ 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 sind,
 - 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

- ☐ mich persönlich und / oder
- ☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter / Bevollmächtigten oder Angehörigen) beraten.

--	--	--	--	--	--	--

DATUM DER BERATUNG

BERATENDE / R MITARBEITER / IN

06 ERKLÄRUNG UND UNTERSCHRIFT

- ☐ 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. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

--	--	--	--	--	--	--

DATUM

UNTERSCHRIFT DER / DES VERSICHERTEN *

← HIER UNTERSCHREIBEN

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