

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Frau Herr Vorname _____ Nachname _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Geb.-Datum _____ Pflegegrad vorhanden 1 2 3 4 5

Telefon _____ E-Mail _____

Pflegekasse _____ Versicherten-Nr. _____

Versicherungsart: gesetzlich privat beihilfeberechtigt über Sozialamt/Ortsamt

Ich beantrage die Kostenübernahme

für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI / Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge - Größe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe - Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz: <input type="checkbox"/> 3-lagig oder <input type="checkbox"/> FFP2	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen, wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Einmalschutzlätzchen	<input type="checkbox"/>	54.99.01.4

für saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar (Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51)) unter Abzug des gesetzlichen Eigenanteils, soweit keine Befreiung vorliegt.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar/waschbar	51.40.01.4

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich stimme zu, dass die unten genannte Firma meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Lieferung o.g. Pflegehilfsmittel, der Kostenübernahme sowie der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse erheben und nutzen darf. Bitte hinterlegen Sie die unten genannte Firma mit Eingang dieses Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene, andere Lieferanten. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.



Bitte unterschreiben

Ort/Datum _____ Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages Datum _____

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter (IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift) _____



Vital-Zentrum
Sanitätshaus Glotz GmbH
Dieselstr. 19 - 21 | 70839 Gerlingen
IK Nummer: 330810497