

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Frau Herr | Vorname _____ Nachname _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Geb.-Datum _____ Pflegegrad vorhanden ja nein

Telefon _____ E-Mail _____

Pflegekasse _____ Versicherten-Nr. _____

Antrag auf Kostenübernahme

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

Verbrauchshilfsmittel (PG 54)

Artikel	Menge/Einheit	Preis	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
Händedesinfektionsmittel	500 ml	8,21 €	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	500 ml	6,16 €	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	100 Stück	13,34 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen, wiederverwendbar	1 Stück	25,65 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Schutzlätzchen, Einmalgebrauch	50 Stück	6,80 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.4
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	50 Stück	21,54 €	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	100 Stück	5,64 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	100 Stück	7,18 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	50 Stück	7,18 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001

für Pflegehilfsmittel unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Körperpflege / Körperhygiene (PG 51)

Artikel	Menge	Preis	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
Bettschutzaufgabe, waschbar	1 Stück	26,16 €	<input type="checkbox"/>	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 diesen 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 Beihilfenberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter

Datum _____

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift) _____



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