

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

gem. §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI



Versichertendaten

Vor- und Nachname*:	_____	Geburtsdatum*:	_____
Straße, Hausnummer*:	_____	Pflegegrad*:	_____
Postleitzahl*:	_____	Ort*:	_____
Pflegekasse*:	_____	Versichertennummer*:	_____
Telefonnummer:	_____	E-Mail:	_____
		Referenznummer:	_____

Ich beantrage die Kostenübernahme für

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel bis max. zum monatlichen Höchstbetrag nach §40 Abs. 2 SGB XI: bei Beihilfeberechtigung bis maximal zu 50% dieses Höchstbetrages. Darüber hinausgehende Kosten trage ich selbst. Sofern ich bereits Pflegehilfsmittel von einem anderen Dienstleister erhalte, trage ich die Kosten für den doppelten Bezug selbst.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)

Benötigt	Pflegehilfsmittelposition	Zum verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel
<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.1001	Einmalhandschuhe 100 Stück
<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3001	Schutzschürzen (Einmalgebrauch) 100 Stück
<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.02.0001	Handdesinfektionsmittel 500 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.02.0002	Flächendesinfektionsmittel 500 ml
<input checked="" type="checkbox"/>	54.45.01.0001	Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 25 Stück
<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.2001	Mundschutz 50 Stück
<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.5001	FFP2 - oder vergleichbare Masken

Ausgewählte Pflegebox:

Handschuhe:

wiederverwendbarer Bettenschutz (PG 51)

(falls benötigt) für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10%, soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Benötigt	Pflegehilfsmittelposition	Artikel der Produktgruppe 51
<input type="checkbox"/>	51.40.01.4084	3 saugende Bettschutzeinlagen Eigenanteil: max. 7,85€ (sofern nicht zuzahlungsbefreit)

Ich beantrage die Kostenübernahme für folgenden Leistungserbringer:

Leistungserbringer: MEK-Healthcare-Consulting GmbH **Postleitzahl, Ort:** 61350 Bad Homburg
Straße, Hausnr.: Gluckensteinweg 48 b **Institutionskennzeichen:** 590602279

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet und meine Daten für Abrechnungszwecke an den Dienstleister der Styra & Partner eine Marke der RZH GmbH weitergeleitet werden dürfen.

Datum, Unterschrift des Versicherten bzw. Bevollmächtigten*

Lieferinformationen



Abweichende Lieferadresse (optional - falls vorhanden)

Vorname, Nachname Empfänger: _____

Vorname, Nachname Antragsteller: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____

Ort: _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekassen

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal zum monatlichen Höchstbet nach §40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrags nach §40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung |
| | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

Datum, IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift