

Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort

Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI, bei Beihilferechtigung 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 bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Abgabe je 25 Stk. = Faktor 25
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Abgabe je 100 Stk. Größe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 = Faktor 100
Einmalhandschuhe (Latex unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Abgabe je 100 Stk. Größe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL = Faktor 100
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Abgabe je 50 Stk. = Faktor 50
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Abgabe je 10 Stk. = Faktor 10
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Abgabe je 100 Stk. = Faktor 100
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Abgabe je 1 Stk. = Faktor 1
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Abgabe je 100 Stk. = Faktor 100
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Abgabe je 500 ml = Faktor 5
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Abgabe je 500 ml = Faktor 5
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Abgabe je 60 Stk. = Faktor 60
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Abgabe je 150 Stk. = Faktor 150


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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Rechen- größe	Menge / Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4130	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Abgabe je 1 Stk. = Faktor 1

bitte wenden

Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen									
 <p>sanafair Rehazentrum GmbH Corneliusstraße 8 41751 Viersen Tel.: 0 21 62 - 50 39 0 (Zentrale) Fax: 0 21 62 - 50 39 40 info@sanafair.de www.sanafair.de</p>	<table border="1"> <tr> <td>3</td><td>3</td><td>0</td><td>5</td><td>1</td><td>0</td><td>4</td><td>0</td><td>5</td> </tr> </table>	3	3	0	5	1	0	4	0	5
3	3	0	5	1	0	4	0	5		

- 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 Beratungsgeprächs

- Beratung in den Geschäftsräumen
 individuelle telefonische oder digitale Beratung (z.B. Videochat)
 Beratung in den Häuslichkeiten

Der o.g. Leistungserbringer hat

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

Datum der Beratung:

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

Beratende*r / Mitarbeiter*in

- 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 Versichertenperson*

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

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Absatz 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung
<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung
<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | |

 Datum

 (IK der Pflegekasse Stempel und Unterschrift)

bitte wenden