

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 40 Abs. 2 SGB XI

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Frau Herr

Vorname _____ Name _____

Straße, Hausnummer _____ PLZ, Ort _____

Geburtstag _____ Telefon _____

Pflegekasse _____ Versicherten-Nr. _____

Anschrift Pflegekasse _____

- Ich beantrage die Kostenübernahme für: zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe 54 – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages von 40 €/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Pflegemittel-positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	54.45.01.0
Fingerlinge (Einmalgebrauch, puderfrei)	54.99.01.0
Einmalhandschuhe Größe S, M, L oder XL (latexfrei, puderfrei, unsteril)	54.99.01.1
Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	54.99.01.2
Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	54.99.01.3
Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Viren, Pilze)	54.99.02.0
Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Viren, Pilze)	51.40.01.4

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Benötigte Stückzahl	Pflegemittel-positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen wasch- und wiederverwendbar	_____	54.45.01.4107

- Die Lieferung der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel soll durch folgenden Leistungserbringer erfolgen:

Name und Anschrift:
 reha team Nordbayern Gesundheitstechnik GmbH,
 Am Bauhof 11, 95444 Bayreuth

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

Ort, Datum _____

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird durch die Pflegekasse ausgefüllt)

- PG 54 bis € 40 monatlich PG 54 bis € 20 monatlich PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r) PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

Datum _____

IK-Nr. der Pflegekasse _____

Stempel/Unterschrift _____

Auswahl Ihres reha team Pflege-Pakets

Wählen Sie aus den verschiedenen Varianten Ihr gewünschtes Paket

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Frau Herr

Vorname _____ Name _____

Telefon _____ E-Mail _____

Pflegegrad 1 2 3 4 5 keinen

Angehörige(r)/Pflegeperson (Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen)

Frau Herr

Vorname _____ Name _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Telefon _____ E-Mail _____

Pflegeperson ist: Ehe-/Lebenspartner (Schwieger-)Tochter/Sohn Mutter/Vater Freund(in)/Bekannte(r) Betreuer(in)

Pflegeperson ist bevollmächtigt: ja nein

Lieferung des Pflege-Pakets an die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n) die/den Angehörige(n)/Pflegeperson

Bitte wählen Sie eine Variante des Pflege-Pakets (gewünschtes Set ankreuzen, monatlich wechselbar)

Pflege-Paket

 1

50 Stk. Bettschutzeinlagen
200 Stk. Einmalhandschuhe
50 Stk. Mundschutz

Pflege-Paket

 2

100 Stk. Einmalhandschuhe
500 ml Händedesinfektion
50 Stk. Mundschutz
500 ml Flächendesinfektion
100 Stk. Schutzschürzen

Pflege-Paket

 3

300 Stk. Einmalhandschuhe
500 ml Händedesinfektion
1000 ml Flächendesinfektion

Pflege-Paket

 4

75 Stk. Bettschutzeinlagen
500 ml Händedesinfektion

Pflege-Paket

 5

200 Stk. Einmalhandschuhe
500 ml Händedesinfektion
50 Stk. Mundschutz
1000 ml Flächendesinfektion

Pflege-Paket

 6

50 Stk. Bettschutzeinlagen
100 Stk. Einmalhandschuhe
500 ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion

individuelles Pflege-Paket – Bitte rufen Sie mich unter folgender Telefonnummer zurück: _____

Ich wünsche die Einmalhandschuhe in Größe: S M L XL

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Suchmaschine (z. B. Google) Freunde/Bekannte Messe

Praxis Partner Webseite Flyer Plakatwerbung

Social Media (z. B. Facebook, Instagram) Zeitungsanzeige Sonstiges: _____

Abtretungserklärung / Beauftragung / AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit beauftrage ich die reha team Nordbayern Gesundheitstechnik GmbH mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragsteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die reha team Nordbayern Gesundheitstechnik GmbH ab. Hiermit gestatte ich den Austausch von Daten mit dem Kooperationspartner AMEVA GmbH zum Zwecke der Leistungserbringung. Die Datenschutzhinweise für Kunden/ Versicherte/Pflegebedürftige habe ich zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum _____

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) _____