

Antrag auf Kostenübernahme



Vertrag über die Versorgung mit bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI.

Versicherte*r

Frau Herr

Vorname: Straße:
Nachname: PLZ, Ort:
Geburtsdatum: Telefon:
Pflegekasse: E-Mail:
Vers.-Nr.: Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Ich beantrage die Kostenübernahme für...

...zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 40 Euro bzw. bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20 Euro (monatlich). Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

Pflegehilfsmittelpositionsnummer

Saugende Bettschutzeinlagen, zum Einmalgebrauch	54.45.01.0001	<input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	<input type="checkbox"/>
Fingerlinge, zum Einmalgebrauch	54.99.01.0001	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektion	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/>
Mundschutz, zum Einmalgebrauch	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/>
Flächen-Desinfektion	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen, zum Einmalgebrauch	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/>

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

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene

Pflegehilfsmittelpositionsnummer

Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar	54.40.01.4000	<input type="checkbox"/>
---	---------------	--------------------------

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine private ambulante Pflege verwendet werden.

.....
Datum & Unterschrift des Versicherten bzw. ges. Vertreters/Betreuers

Leistungserbringer:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Institutskennzeichen (IK):

Krone Medical GmbH ♦ Hesselberg 55 ♦ 42285 Wuppertal
Telefon: 0202 725 732 45 Fax: 0202 725 732 46
E-Mail: info@krone-medical.de Web: www.krone-medical.de
Amtsgericht Wuppertal HRB 30587

Genehmigungsvermerk

(wird von der Kasse ausgefüllt)

- PG54 bis 40€ monatlich
- PG54 bis 20€ monatl./Beihilfeberechtigung
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG51 ohne Zuzahlung
- PG51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigung
- PG51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigung

Institutskennzeichen der Pflegekasse

Datum, Stempel, Unterschrift der Pflegekasse