

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI (analog Anlage 4)

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Pflichtangaben! Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

☐ Herr ☐ Frau	Vorname:	Name:*
Straße/Nr.:*		PLZ/Ort:*
Geb.-Datum:*		
Pflegekasse:*		Versicherten-Nr.:*

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe 54 – bis maximal 40 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Bitte zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittel Positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (mind. 60x90cm Einmalgebrauch)	☐	54.45.010001
Fingerlinge (puderfrei)	☐	54.99.010001
Einmalhandschuhe (puderfrei)	☐	54.99.011001
Mundschutz (Vlies, 3-lagig, Einmalgebrauch)	☐	54.99.012001
Schutzschürzen (wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial, Einmalgebrauch)	☐	54.99.013001
Schutzschürzen (wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial, wiederverwendbar)	☐	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel (keimvermindernde Wirkung, Bakterien, Viren, Pilze)	☐	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel (keimvermindernde Wirkung, Bakterien, Viren, Pilze)	☐	54.99.02.0002

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

Verbrauchsmittel	Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel – Positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlage wasch- und wiederverwendbar	1	51.40.01.4091

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift Tölzer Pflegebox Inh. Guxim Bellaqa Peter-Freisl-Str. 2, DE – 83646 Bad Tölz	Institutionskennzeichen: IK 330908198
--	--

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.

Datum

 _____
Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigter

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- ☐ PG 54 bis € 40 monatlich ☐ PG54 bis € 20 monatlich ☐ PG 51 mit Zuzahlung
☐ PG 51 ohne Zuzahlung ☐ PG 51 mit Zuzahlung/beihilfeberechtigte(r) ☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen

☐ Herr ☐ Frau	Vorname:	Name:
	Telefon:	Email:
Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ kein Pflegegrad		
Versicherte(r) ist: ☐ gesetzlich pflegeversichert ☐ privat pflegeversichert* ☐ beihilfeberechtigt ☐ über Ortsamt/Sozialamt versichert *Privatpatienten gehen in Vorleistung und beantragen die Erstattung der Kosten der Pflegebox bei Ihrer Pflegekasse selbst.		
Versicherte(r) bezieht: ☐ Pflegesachleistung §36 (Pflege wird nur durch ambulanten Pflegedienst geleistet) ☐ Pflegegeld § 37 (Pflege wird nur durch Angehörige(n) oder anderen private Pflegepersonen erbracht) ☐ Kombinationsleistung § 38 (Pflege wird durch private Pflegeperson(en) und Pflegedienst gemeinsam erbracht)		

Angehörige(r) Pflegeperson

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

☐ Herr ☐ Frau	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 als Betreuer(in) bevollmächtigt: ☐ ja ☐ nein		

Auswahl Pflegebox

☐ 1. 25 Bettschutzeinlagen ☐ 2. 100 Einmalhandschuhe ☐ 3. 500 ml Händedesinfektion ☐ 4. 2x 500 ml Flächendesinfektion	1	☐ 1. 50 Bettschutzeinlagen ☐ 2. 500 ml Händedesinfektion ☐ 3. Flächendesinfektionsmittel	2
☐ 1. 2x 100 Einmalhandschuhe ☐ 2. 2x 500 ml Händedesinfektionsmittel ☐ 3. 500 ml Flächendesinfektionsmittel	3	☐ 1. 2x 100 Einmalhandschuhe ☐ 2. 500 ml Händedesinfektionsmittel ☐ 3. 2x 500 ml Flächendesinfektionsmittel	4
Individuelle Pflegebox			
Größe der Einmalhandschuhe ☐ S ☐ M ☐ L		☐	
Saugende Bettschutzeinlage ☐		☐	
Mundschutz ☐		☐	
Fingerlinge ☐		☐	

Lieferung/Lieferadresse

Die monatliche Lieferung der Pflegebox soll bitte erfolgen: ☐ An die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n) ☐ an die/den Angehörige(n)/Pflegeperson ☐ An den <u>Pflegedienst</u> Name/Adresse → _____

Rechnungsempfänger

Pflegeperson ist privat versichert und/oder beihilfeberechtigt. Die Rechnung soll bitte gestellt werden an: ☐ An die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n) ☐ an die/den Angehörige(n)/Pflegeperson
--

Ich habe Interesse an weiteren Pflegehilfsmitteln oder Produkten und möchte Informationen über die von mir oben angegebenen Kommunikationswege (z.B. Post, E-Mail, Telefon) erhalten. Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verwendung meiner Kontaktdaten zur Übersendung entsprechender Informationen per Post/E-Mail und/oder Telefon durch die Tölzer Pflegebox ein. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und der Verwendung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder Markt- und Meinungsforschung widersprechen. Weitere Informationen zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten finden Sie in den beiliegenden Datenschutzhinweisen.	HINWEIS: Der Versicherte/Pflegebedürftige hat das Recht selbst zu entscheiden bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer er die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt. Er ist auch frei, den Lieferanten jederzeit zu wechseln, ohne dass er hierdurch Nachteile bei der Versorgung durch den Pflegedienst befürchten muss.
 _____ Unterschrift Versicherter	_____ (und)oder Unterschrift Bevollmächtigte(r)