



Ihr Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Vorname	Nachname
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Geb.-Datum	Pflegegrad vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Telefon		E-Mail	
Pflegekasse		Versicherten-Nr.	

Antrag auf Kostenübernahme

Um den gesetzlich festgesetzten monatlichen Höchstbeitrag nach §40 Abs 2 SGB XI nicht zu überschreiten, bitte wir Sie **maximal 4 der unten aufgelisteten Produkte** auszuwählen. Sollten Sie mehr als 4 Produkte benötigen, bitten wir Sie direkt Kontakt mit uns aufzunehmen und eine individuelle Bestellung aufzugeben.

Artikel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen, wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Schutzlätzchen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.4
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001

für Pflegehilfsmittel unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Bettschutzaufgabe, waschbar	<input type="checkbox"/>	51.40.01.4

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich stimme zu, dass die unten genannte Firma meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Lieferung o.g. Pflegehilfsmittel, der Kostenübernahme sowie der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse erheben und nutzen darf. Bitte hinterlegen Sie die unten genannte Firma mit Eingang diesen Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene, andere Lieferanten. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

bitte unterschreiben

Ort _____ Datum _____ Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

<input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages	Datum _____
<input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfenberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages	
<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung	(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift) _____
<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung	
<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter	
<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter	
<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter	

Kura  **Paket**
+49 40 / 537 984 741
KuraPaket UG (haftungsbeschränkt)
Überseeallee 1, ABC Workspaces
20457 Hamburg
IK: 330205519