



# Ihr Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln



Erstversorgung     Wechsel Leistungserbringer

## Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Frau     Herr    Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_ Pflegegrad     1     2     3     4     5

Telefon \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Pflegekasse \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

## Antrag auf Kostenübernahme

**für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)** - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI/ Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI.  
Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (PG 54)		vom Versicherten auszufüllen		von der Pflegekasse auszufüllen		
Artikel	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	benötigt werden:		genehmigt werden:		genehmigt bis:
		ja		ja	nein	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001					
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002					
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001					
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002					
Saugende Bettschutzauflagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001					
Fingerlinge	54.99.01.0001					
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001					
Mundschutz	54.99.01.2001					

**für Pflegehilfsmittel (PG 51)** unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel (PG 51)		vom Versicherten auszufüllen		von der Pflegekasse auszufüllen		
Artikel	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	benötigt werden:		genehmigt werden:		genehmigt bis:
		ja	Anzahl/Einheit	ja	nein	
Bettschutzauflage, waschbar	51.40.01.4000					

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich stimme zu, dass der unten genannt Leistungserbringer 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. Eine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte erfolgt nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung. Bitte hinterlegen Sie den unten genannten Leistungserbringer mit Eingang dieses Schreibens als meinen Lieferanten 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.

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten \_\_\_\_\_

## Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages    Datum \_\_\_\_\_

PG 54 Beihilfenberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter    (IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)

Stempel Leistungserbringer: \_\_\_\_\_

IK-NR.: \_\_\_\_\_



# So füllen Sie Ihren Antrag auf Kostenübernahme für kostenfreie Pflegehilfsmittel richtig aus.



## Antrag auf Kostenübernahme

1. Persönliche Daten des zu Pflegenden
2. Damit Sie zukünftig zwischen allen Produkten frei wählen und ggf. zwischen den Paketen wechseln können, ist es notwendig, dass Sie möglichst alle Produkte auswählen, auch wenn Sie diese jetzt noch nicht beziehen wollen.
3. Benötigen Sie auch waschbare Bettschutzauflagen? Dann kreuzen Sie bitte „Ja“ an bei Pflegehilfsmittel PG 51 und geben die Menge an (pro Halbjahr 1 Stück).
4. Ort/Datum und Unterschrift
5. Diese Bereiche nicht ausfüllen. Diese Bereiche werden von Ihrer Pflegekasse ausgefüllt.

**Ihr Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln**  
gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

**Versicherten/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betrauer auszufüllen)**  
 Frau  Herr Vorname Nachname  
Straße, Nr. Ort  
Geb.-Datum Grad  1  2  3  4  5  
Telefon all  
Pflegekasse Versicherten-Nr.

**Antrag auf Kostenübernahme**  
 für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) SGB XI/ Beihilfenberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.  
 für Pflegehilfsmittel (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	vom Versicherten auszufüllen		von der Pflegekasse auszufüllen	
		benötigt werden:	ja	genehmigt werden:	genehmigt bis:
Händedesinfektionsmittel		ja		ja	nein
Fischendesinfektionsmittel	54.99.02.0001				
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.02.0002				
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3001				
Saugende Bettschutzauflagen Einmalgebrauch	54.99.01.3002				
Einmalhandschuhe	54.45.01.0001				
Einmalhandschuhe	54.99.01.0001				
Mundschutz	54.99.01.1001				
Mundschutz	54.99.01.2001				

**Pflegehilfsmittel (PG 51)**  
Artikel Pflegehilfsmittel-positionsnummer vom Versicherten auszufüllen benötigt werden: ja/nein von der Pflegekasse auszufüllen genehmigt werden: ja/nein genehmigt bis:  
Bettschutzauflage, waschbar 51.40.01.4000

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Leistungserbringer meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse erhalten und nutzen darf. Eine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte erfolgt nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung. Bitte hinterlegen Sie den unten genannten Leistungserbringer mit seiner Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene, andere Lieferanten. Es ist mir vollkommen bewusst, dass die Pflegekasse die Daten an Dritte abgibt und ich dies ausdrücklich genehmige.

Ort/Datum

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)**  
 PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages  
 PG 54 Beihilfenberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages  
 PG 51 ohne Zuzahlung  
 PG 51 mit Zuzahlung  
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfenberechtigter  
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfenberechtigter  
Datum Stempel Leistungserbringer:  
(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift) IK-NR.:

**Sie haben noch Fragen zum PARAM Pflegepaket?**

In Ihrer Apotheke helfen wir Ihnen gerne weiter.