



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	51.40.01.4109					

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 (Apotheke): _____

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

Erstversorgung Wechsel Leistungserbringer

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Frau Herr Vorname _____

Straße, Nr. _____

Geb.-Datum _____

Telefon _____

Pflegekasse _____

E-Mail _____

Versicherten-Nr. _____

Antrag auf Kostenübernahme

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

Artikel	Pflegehilfsmittelpositionnummer	vom Versicherten auszufüllen		von der Pflegekasse auszufüllen	
		benötigt werden:	ja	genehmigt werden:	genehmigt bis:
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	ja		ja	nein
Fächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002				
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001				
Saugende Bettschutzauflagen, wiederverwendbar	54.99.01.3002				
Einmalgebrauch	54.45.01.0001				
Fingerringe	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.

Artikel	Pflegehilfsmittelpositionnummer	vom Versicherten auszufüllen		von der Pflegekasse auszufüllen	
		benötigt werden:	ja <td>genehmigt werden:</td> <td>genehmigt bis:</td>	genehmigt werden:	genehmigt bis:
Bettschutzaufzüge, waschbar	51.40.01.4109	ja		ja	nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angeforderten Umfang für meine persönliche und häusliche Pflege benötigt werden. Änderungen meiner Angaben sind direkt mit meiner Pflegekasse zu melden und zu bestätigen. Eine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte erfolgt nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung. Bitte hinterlegen Sie den unten genannten Leistungserbringer mit der Abrechnung der Kosten. Sollte der Leistungserbringer bereits vorhanden, andere Lieferanten, Es ist mir bekannt, dass der Leistungserbringer die Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort/Datum _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse abzufüllen)

PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
 PG 54 Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilferechtigt
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilferechtigt

Datum _____

Stempel Leistungserbringer (Apotheke): _____

IK-NR.: _____

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)

Sie haben noch Fragen zum PARAM Pflegepaket?

In Ihrer Apotheke helfen wir Ihnen gerne weiter.