

Antrag auf Pflegehilfsmittel

Name: _____ Geb.Datum: _____
 Straße: _____ PLZ.Ort: _____
 Kasse: _____ MitgliedsNr.: _____
 Tel.-Patient: _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- ☐ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/ bei Beihilfeberechtigungen bis max. der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Rechengröße	Menge/Faktor	Erläuterungen
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück		
Fingerlinge (latex, unsteril, für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück		
Einmalhandschuhe (latex, unsteril, für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.45.01.1001	1 Stück		
medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück		
partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück		
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück		
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück		
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück		
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.001	100 ml		Bei 500 ml bitte Faktor 5 Bei 1000 ml Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml		Bei 500 ml bitte Faktor 5 Bei 1000 ml Faktor 10 eintragen
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück		
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück		

- ☐ Pflegemittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Rechengröße	Menge/Faktor	Erläuterungen
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4 (letzen 3 Stellen erg.)	1 Stück		

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
Sanitätshaus Willecke GmbH Zur Eisenhütte 5-8 46047 Oberhausen	330514933

☒ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels / der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs

- ☐ Beratung in den Geschäftsräumen
☒ individuelle telefonische oder digitale Beratung (z.B. Videochat)
☐ Beratung in der Häuslichkeit

Der o.g. Leistungserbringer hat

- ☐ mich persönlich und/oder
☒ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter /Bevollmächtigten oder Angehörigen)
beraten

Datum der Beratung:

Beratende /r Mitarbeiter/ in:

18

☒ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

☒ Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe.
Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

Datum

Unterschrift der / des Versicherten *

Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

☐ PG 54
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Absatz 2 SGB XI

☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

- ☐ PG 51 mit Zuzahlung
☐ PG 51 ohne Zuzahlung
☐ PG 51 ohne Zuzahlung
☐ PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfeberechtigter

Datum

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)