

So füllen Sie den Antrag aus!

Versichertendaten

Tragen Sie die persönlichen Daten des Versicherten ein.

Antrag | Seite 1

AC/TK 00 P50 / 15 00 P50 / 19 00 P50

Anlage 2 - Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer
---------------	--------------	--------------------

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI bei Beihilfeberechtigung bis maximal 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 bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	0	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	0	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	0	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	0	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	0	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	0	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	0	
Schutzhandschuhe zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	0	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	5	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	5	
Händedesinfektionstucher	54.99.02.0014	1 Stück	0	
Flächendesinfektionstucher	54.99.02.0015	1 Stück	0	

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechengröße	Menge eintragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück	3	

Wieder verwendbare Bettschutzeinlage

Geben Sie an, ob Sie Bedarf an wieder verwendbaren Bettschutzeinlagen haben.

Diese erhalten Sie bei uns komplett kostenfrei – ohne Zuzahlung!

Pflegehilfsmittel auswählen

Tragen Sie ein, an welchen Pflegehilfsmitteln Sie in welcher Menge Bedarf haben. (bis zu 5 Produkte).



So füllen Sie den Antrag aus!

Beratungs- gespräch

Vor Beantragung der Pflegehilfsmittel raten wir Ihnen, sich von unserem Fachpersonal beraten lassen. Tragen Sie an dieser Stelle das Datum dieser Beratung ein.

Antrag | Seite 2

AC/TKs: 11 00 PS0 / 15 00 PS0 / 19 00 PS0

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
IT-Labs GmbH Schwabacher Str. 510 90764 Fürth	3 3 0 9 0 8 5 9 7

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 Hauslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

- mich persönlich und/oder
- meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen) benannt.

Datum der Beratung:

□ □ □ □ □ □

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Laura Vettin/ Maximilian Reimers

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 Kostenübernahmeverklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Die 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 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

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

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

(Datum)

IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift

Anlage 3 - Erklärung zum Erhalt von Pflegehilfsmitteln (Empfangsbestätigung)

(Name der Pflegekasse)

Datum und Unterschrift

Im letzten Schritt geben Sie das Datum der Antragsstellung. Außerdem wird eine Unterschrift des Antragsstellers oder der bevollmächtigten Person benötigt.