



## 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. **Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**


Bezeichnung	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Rechen- größe	Menge/ Faktor bitte eintragen	Erläuterung				
<b>Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)</b>								
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch), verschiedene Größen	54.45.01.0001	1 Stück	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Abgabe je 25 Stk.
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<table border="1"><tr><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr></table>	X	X	X	<b>Nicht im Angebot</b>	
X	X	X						
Einmalhandschuhe (Latex unsteril; für Latex-allergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Abgabe je 100 Stk <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Abgabe je 50 Stk.
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Abgabe je 5 Stk.
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Abgabe je 50 Stk.
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<table border="1"><tr><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr></table>	X	X	X	<b>Nicht im Angebot</b>	
X	X	X						
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Abgabe je 100 Stk.
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Bei 500 ml bitte den Faktor 5, bei 1000 ml den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<table border="1"><tr><td>X</td><td>X</td><td>X</td></tr></table>	X	X	X	<b>Nicht im Angebot</b>	
X	X	X						
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Abgabe je 60 Stk.

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Rechen- größe	Menge/ Faktor bitte eintragen	Erläuterung				
<b>Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)</b>								
Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4090	1 Stück	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					Max. 4 Stk./Jahr

**Bitte wenden!**

**durch folgenden Leistungserbringer:**

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen									
 <b>SANIMED GmbH</b> Gildestraße 68 49479 Ibbenbüren	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">0</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </table>	3	3	0	5	5	1	1	4	3
3	3	0	5	5	1	1	4	3		

- 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)

Datum der Beratung: 

--	--	--	--	--	--	--	--

Beratende/r Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_

- 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. darüberhinausgehende 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**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54<br>bis maximal des monatlichen Höchstbetrages<br>nach § 40 Absatz 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung<br><input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung<br><input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter<br><input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
|---|--|

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

(Datum)

(IK der Pflegekasse Stempel und Unterschrift)