

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Anschrift: Straße, PLZ; Wohnort

Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für (bitte ankreuzen):

- 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/Fak-tor bitte eintragen	Erläuterung
-------------	-----------------------------------	--------------	-------------------------------	-------------

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)

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)	54.99.01.1001	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	54.99.02.0001	100 ml	_____	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	_____	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	_____	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	_____	

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechen-größe	Menge eintragen	Erläuterung
-------------	----------------------------------	--------------	-----------------	-------------

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)

Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4111 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück	_____ 2	
--	--	---------	---------	--

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
 Rats Apotheke Marktplatz 15 • 37574 Einbeck Tel. 05561 / 93 45 - 0	3 0 2 0 0 3 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 Häuslichkeit

Der o.g. Leistungserbringer hat
beraten.

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

Datum der Beratung:

 | | | | 2 | 0 | |

Beratende/r Mitarbeiter/in:

 | | | | 2 | 0 | |

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. Kosten für evtl. darüberhinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

 | | | 2 | 0 | |

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 51 mit Zuzahlung
<input type="checkbox"/> PG 54	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
nach § 40 Absatz 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
<input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI	
(Datum)	(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)