

Antrag auf Kostenübernahme

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen (Bitte in Druckschrift ausfüllen)

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Vorname:	Name:
Straße, Nr.:	Geburtsdatum:
PLZ/Ort:	Pflegekasse:
Pflegestufe: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Versicherten-Nr.:

Ich beantrage die Kostenübernahme für: zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar		51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen
ADVP SaniDepot GmbH/SaniBox, Gewerbepark 8 A, 26209 Hatten-Munderloh	IK 330300478

Ich beauftrage die ADVP SaniDepot GmbH mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die ADVP SaniDepot GmbH, mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie – sofern vorhanden – meinen bisherigen Lieferanten. Ich bestätige, dass die beantragten Pflegehilfsmittel zur Erleichterung meiner Pflege dienen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen. Die Pflegehilfsmittel werden ausschließlich für meine private Pflege verwendet. Meine personenbezogenen Daten werden von der ADVP SaniDepot GmbH zum Zwecke der Begründung und Durchführung dieses Vertrags gemäß der datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben, verarbeitet und genutzt.

✗

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung

bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse)

(Stempel und Unterschrift)