

Anlage 2 - Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort

Pflegekasse

Text

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	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	Menge/Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	25	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	100	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	100	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	50	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	6	
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	100	
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	100	
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	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	60	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	60	

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	Menge eintragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4084 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück	4	

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen									
hygi.de GmbH & Co. KG Otto-Diehls-Straße 13-17 48291 Telgte	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">5</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">8</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">9</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">8</td> </tr> </table>	3	3	0	5	5	6	8	9	8
3	3	0	5	5	6	8	9	8		

- 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:

Nina Peters / Anke Bialas / Stephan Hoffmeyer / nicht erwünscht

- 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

<u>Genehmigungsvermerk der Pflegekasse</u>		<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung
<input type="checkbox"/> PG 54	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages 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)	