

Antrag auf Kostenübernahme

zur Versorgung mit Pflegehilfsmittel gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI
Bitte in D R U C K B U C H S T A B E N ausfüllen

Versicherte/r:

Felder, die mit * gekennzeichnet, sind Pflichtfelder

2.1

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname*:	Nachname*:
Straße, Nr.*:		Telefon/Mobil*:
PLZ, Ort*:		
E-Mail:		Geburtsdatum*:
Krankenkasse*:	Pflegegrad*: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Versichertenr.*:	Pflegegrad/-stufe seit Monat _____ Jahr _____	

Denken Sie an Krankenkasse und Versichertennummer

Antrag auf Kostenübernahme:

2.2

<input type="checkbox"/> Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis max. dem monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigten bis max. der Hälfte des monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI.

2.3

Wird grundsätzlich benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Artikel-Nr.
<input type="checkbox"/>	Bettschutzeinlagen (60 x 90 cm, Einmalgebrauch)	HMV 54.45.01.0
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe (puderfrei)	HMV 54.99.01.1
<input type="checkbox"/>	Mundschutz (Einmalgebrauch)	HMV 54.99.01.2
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	HMV 54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	HMV 54.99.02.0002
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	HMV 54.99.01.3001

Wiederverwendbare Bettschutzeinlage:

2.4

<input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) im Wert von 26,10 EUR/Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.
--

2.5

Stückzahl (nach Bedarf)	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Artikel-Nr.
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Wiederverwendbare Bettschutzeinlage (75 x 85 cm)	HMV 51.40.01.4

Hiermit bevollmächtige ich die Firma Hygieneartikel Hans Will mit der Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für Versorgung mit Pflegehilfsmittel bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch die Firma Hygieneartikel Hans Will, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, die Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von der Geheimhaltungspflicht gegenüber der Firma Hygieneartikel Hans Will solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie die Firma Hygieneartikel Hans Will als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Gewünschte Produkte werden von mir ausnahmslos für die ambulante private Pflege im angegebenen Umfang bezogen.

X _____ X _____
Datum Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

Bitte zurück an E-Mail: h.will@t-online.de

IK 330700995

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis 40,00 EUR monatlich | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zzgl./Beihilfeberechtigter |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis 20,00 EUR monatlich | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zzgl. |
| <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zzgl. | <input type="checkbox"/> PG mit Zzgl./Beihilfeberechtigter |

Datum X _____ IK der Pflegekasse/Stempel/Unterschrift X _____

Bestellformular

zur Versorgung mit Pflegehilfsmittel gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI
Bitte in **D R U C K B U C H S T A B E N** ausfüllen

Versicherte/r:

1.1	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname:	Nachname:
-----	---	----------	-----------

Angehöriger/r: (bzw. die wichtigste private Pflegeperson oder die/der Betreuer/in)

1.2	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:		Telefon/Mobil:	
PLZ, Ort:		E-Mail:	






Pflegedienst: (falls vorhanden)

1.3	Name Pflegedienst:		
Straße, Nr.:			
PLZ, Ort:			

Lieferung der Pflegehilfsmittel an:

1.4	<input type="checkbox"/> den Versicherten	<input type="checkbox"/> den Angehörigen	<input type="checkbox"/> den Pflegehilfsmittel
-----	---	--	--

Bitte wählen Sie eine Variante der Pflegehilfsmittel: (gewünschte Paket ankreuzen)

1.5	<input type="checkbox"/>		25 Stk. Bett Schutzzeilage 100 Stk. Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektionsmittel 2x 500 ml Flächendesinfektionsmittel	1	<input type="checkbox"/>		25 Stk. Bett Schutzzeilage 2x 100 Stk. Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektionsmittel 500 ml Flächendesinfektionsmittel	2	
	<input type="checkbox"/>		-- Bett Schutzzeilage 2x 100 Stk. Einmalhandschuhe 2x 500 ml Händedesinfektionsmittel 500 ml Flächendesinfektionsmittel	3	<input type="checkbox"/>		-- Bett Schutzzeilage 2x 100 Stk. Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektionsmittel 2x 500ml Flächendesinfektionsmittel	4	
	<input type="checkbox"/>		2x 25 Stk. Bett Schutzzeilage -- Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektionsmittel 500 ml Flächendesinfektionsmittel	5	<input type="checkbox"/>	Individuelle Auswahlmöglichkeiten Bitte rufen Sie mich unter folgender Telefonnummer zurück: <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>			6

Einmalhandschuhe: (Größe)

<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/> Zusätzlich wiederverwendbare Bett Schutzzeilage
----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------	--

Abtretungserklärung / Beauftragung / AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit beauftrage ich die Firma Hygieneartikel Hans Will, Westerwaldstraße 77, 56579 Rengsdorf, Telefon 02634 3709 mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive Abrechnung. Ich trete als Antragsteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die Firma „Hygieneartikel Hans Will“ ab. Hiermit gestatte ich den Austausch von Daten mit Kooperationspartner zum Zweck der Leistungserbringung. Ich akzeptiere die AGB der Firma „Hygieneartikel Hans Will“ und bin über mein Widerrufsrecht informiert worden (einzusehen am Ende des Dokuments). Ich habe jederzeit das Recht der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Weitere Informationen hierzu finde ich in den Datenschutzhinweisen.

X _____ Datum
X _____ Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)