

Anlage 2 – 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. **Darüber hinausgehende 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 ein- tragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück	_ _ _	

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen										
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										

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:

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

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 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)

Wechselerklärung

Zur Kenntnisnahme Ihrer Pflegekasse über einen Lieferantenwechsel in Bezug auf Ihre Versorgung mit Pflegehilfsmitteln



Pflegekasse:

(Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift: Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

Versicherter:

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Anschrift: Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

(Telefon)

(E-Mail)

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich von meinem Wahlrecht gebrauch machen und meine bestehende Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meinem bisherigen Leistungsversorger kündigen. Ab dem _____ möchte ich die Pflegehilfsmittel von folgendem Leistungserbringer beziehen:

Anima GmbH

info@anima-gmbh.de

Im Spähenfelde 51

Tel.: 0231 – 137 489 00

44143 Dortmund

Fax: 0231 – 137 489 02

Institutionskennzeichen 330504463

Bitte beziehen Sie die Kostenzusage auf den neuen Leistungserbringer. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Datum

Unterschrift