

# Antrag auf Kostenübernahme

Daten der/des Versicherten/Pflegebedürftigen		Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr		Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:		PLZ, Ort:	
Geburtsdatum:		Pflegekasse:	
Pflegegrad:		Versicherten-Nr.:	

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel-Produktgruppe 54 bis maximal 40€ monatlich / bei Beihilfeanspruch 20€ monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-Positionsnr.	Rechengröße	Menge/Faktor	Erläuterung
<b>Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)</b>				
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001	1 Stück	<input type="text"/>	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<input type="text"/>	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<input type="text"/>	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.0001	1 Stück	<input type="text"/>	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.3001	1 Stück	<input type="text"/>	
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3002	1 Stück	<input type="text"/>	
Schutzschürzen (Wiederverwendbar)	54.99.01.2001	1 Stück	<input type="text"/>	
Schutzservietten (Einmalgebrauch)	54.99.01.5001	1 Stück	<input type="text"/>	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<input type="text"/>	Bitte bei 500 ml Faktor 5, bei 1000 ml Faktor 10 eintragen!
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<input type="text"/>	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<input type="text"/>	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<input type="text"/>	

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-Positionsnr.	Rechengröße	Menge	Erläuterung
<b>Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)</b>				
Saugende Bettschutzeinlagen (Wiederverwendbar)	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück	<input type="text"/>	

**Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer medinordbox**

Pflegehilfsmittel / Droopweg 31, 20537 Hamburg, Institutionskennzeichen: **IK 330205655**

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Lieferung an den Pflegedienst einverstanden und bestätige darüber informiert worden zu sein, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch den Pflegedienst) verwendet werden dürfen.

**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)

\_\_\_\_\_  
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 Höchstbetrag nach § 40 Absatz 2 SGB XI
- PG 51** ohne Zuzahlung
- PG 51** mit Zuzahlung
- PG 54** Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Absatz 2 SGB XI
- PG 51** mit Zuzahlung/ Beihilfeberechtigte(r)
- PG 51** ohne Zuzahlung/ Beihilfeberechtigte(r)

\_\_\_\_\_  
Datum:

\_\_\_\_\_  
IK-Nr. der Pflegekasse:

\_\_\_\_\_  
Stempel / Unterschrift: