



IK-Nr.: 305312440

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Vertrag zur Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1
in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI

Angaben zur versicherten Person

☐ Frau☐ Herr

Vorname

Nachname

Straße, Hausnr.

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Telefon

E-Mail

Pflegeklasse

Versichertennr.

Pflegegrade

1☐2☐3☐4☐5☐

Antrag auf Kostenübernahme

☐ Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis max. des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI (EUR 40,00) / bei Beihilfeberechtigung bis max. der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI (EUR 20.00). Alles darüber hinaus entstehenden Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel (PG 54)	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnr.
Saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch	☐	54.45.01.0001
Fingerlinge	☐	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	☐	54.99.01.1001
Mundschutz	☐	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	☐	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	☐	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	☐	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	☐	54.99.02.0002

☐ Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H., sofern keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt:

Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnr.
	Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4

Datenschutz

☐ Ich willige darin ein, dass mir die Stadt-Apotheke Seligenstadt an meine oben angegebenen Kontaktdaten regelmäßig Informationen zu Veranstaltungen, Gesundheitsthemen, Produkten oder Angeboten per Post oder E-Mail zusenden darf. Diese Einwilligung kann ich jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.
Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten und Ihren diesbezüglichen Rechten finden Sie in den Datenschutzhinweisen für Kunden der Stadt-Apotheke Seligenstadt, die in der Apotheke aushängen und von denen wir Ihnen auf Anfrage gerne eine Kopie aushändigen oder per Post zusenden.

Erklärung

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im von mir angegeben Umfang dauerhaft benötigt und ohne Ausnahme für die ambulante private Pflege (d.h. nicht durch Pflegedienste oder andere dritte Personen) verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werden von mir unverzüglich an Sie gemeldet. Ferner beauftrage ich die STADT-APOTHEKE SELIGENSTADT mit der Lieferung der oben angeforderten Pflegehilfsmittel für die Dauer der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Genehmigungsvermerk (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

☐ PG 54 bis max. des monatl. Höchstbeitrages nachl § 40 Abs. 2 SGB XI
☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis max. des monatl. Höchstbeitrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
☐ PG 51 ohne Zuzahlung
☐ PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfenberechtigter
☐ PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfenberechtigter

Institutionskennzeichen der Pflegekasse

Datum

Stempel & Unterschrift der Pflegekasse