

Antrag auf Kostenübernahme Pflegehilfsmittel



Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI.

.....
Name Vorname Geburtsdatum

.....
Pflegekasse Versichertennummer

.....
Straße PLZ Wohnort

Ich beantrage die Kostenübernahme für:
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG) 54 – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch		54.45.01.0001
Händedesinfektionsmittel		54.99.02.0001
Einmalhandschuhe		54.99.01.1001
Mundschutz		54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch		54.99.01.3001
Flächendesinfektionsmittel		54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlage – wiederverwendbar	51.40.01.4

Ich beauftrage die Aponova GmbH mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die Aponova GmbH, mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie – sofern vorhanden – meinen bisherigen Lieferanten. Ich bestätige, dass die beantragten Pflegehilfsmittel zur Erleichterung meiner Pflege dienen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen. Die Pflegehilfsmittel werden ausschließlich für meine private ambulante Pflege verwendet. Meine personenbezogenen Daten werden von der Aponova GmbH zum Zwecke der Begründung und Durchführung dieses Vertrags gemäß der datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben, verarbeitet und genutzt.

.....
Datum Unterschrift Patient /gesetzlicher Vertreter

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54
Bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung
Bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung |
| | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

.....
Datum IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift