

Antrag auf Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

gem. 78 Abs. 1 i.V. m. § 40 Abs. 2 SGB XI

Frau Herr Geburtsdatum:

Name: Versicherungsnummer:

Vorname: Pflegekasse:

Straße, Hausnummer: PLZ:

Wohnort: Telefonnummer:

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 40,00 EUR monatlich, bei Beihilfeberechtigung 20,00 EUR monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Pflegehilfsmittel	Menge	Auswahl	Einzelpreis EUR	Preis EUR
Einmal-Bettschutzeinlagen (25 Stk.)		<input type="checkbox"/>		
Einmal-Handschuhe (100 Stk.) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL		<input type="checkbox"/>		
Einmal-Mundschutz (50 Stk.)		<input type="checkbox"/>		
Einmal-Schutzschürzen (100 Stk.)		<input type="checkbox"/>		
Hände-Desinfektionsmittel (500ml)		<input type="checkbox"/>		
Flächen-Desinfektionsmittel (500ml)		<input type="checkbox"/>		

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch den Pflegedienst) verwendet werden.

(Datum und Unterschrift des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- PG 54 bis zu 40,00 EUR monatlich
 PG 54 bis zu 20,00 EUR monatlich/Beihilfeberechtigung

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)



Entgelt
zahlt
Empfänger

ansiramed medical e.K.
Quantzstraße 14

37127 Scheden

Diese Vorlage können Sie einfach an der Linie abschneiden, und auf einen Standardbrief kleben.
Dann kommt Ihr Antrag sicher bei uns an.