

Antrag auf Kostenübernahme zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel

1 Persönliche Angaben

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße Hausnummer	PLZ Ort
Versichertennummer	Telefonnummer, tagsüber erreichbar (freiwillige Angabe)

2 Angaben zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG) 54 – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
<input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/> Fingerlinge	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/> Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
<input type="checkbox"/> Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/> Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/> Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/> Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/> Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H., sofern keine Befreiung von den gesetzlichen Zuzahlungen vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
<input type="checkbox"/> Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	<input type="text"/>	51.40.01.4

- Durch folgenden Leistungserbringer:

Name des Leistungserbringers	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
Straße Hausnummer	PLZ Ort

- Ich kaufe meine Pflegehilfsmittel selbst und reiche die Rechnungen ein.

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

Datum	Ort
-------	-----

Unterschrift der versicherten/betreuenden/bevollmächtigten Person

Hinweise zur Mitwirkungspflicht und zum Datenschutz:

Damit wir unsere Aufgabe rechtmäßig erfüllen können, ist Ihr Mitwirken nach §§ 7, 28 SGB XI, § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen (z. B. bei den Leistungsansprüchen) führen.

Die datenschutzrechtlichen Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie auf unserer Webseite unter www.heimat-krankenkasse.de/datenschutz oder fordern Sie diese Informationen gerne direkt bei uns an.



Bitte zurücksenden an:

Heimat Krankenkasse
Pflegekasse
Herforder Straße 23
33602 Bielefeld