



Antrag auf Kostenübernahme* für Pflegehilfsmittel



*zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

Antragssteller/Versicherte(r)

Herr Frau

Dunkle Felder ausfüllen und ankreuzen

Blaue Felder werden durch die Pflegekasse ausgefüllt

Name	<input type="text"/>	Pflegekasse	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	Pflegestufe	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Straße	<input type="text"/> Nr. <input type="text"/>	Versicherten-Nr.	<input type="text"/>
PLZ/Ort	<input type="text"/>	Geburtsdatum	<input type="text"/>
E-Mail	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>

Versicherte(r) ist Gesetzlich Pflegeversichert Privat Pflegeversicherung Beihilfeberechtigt

Ich beantrage die Kostenübernahme zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel (Produktgruppe PG 54) bis maximal 40,00 € bzw. bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Benötigte Anzahl	Produkt	Einheit	Von Pflegekasse genehmigt / bis	
<input type="checkbox"/> 100 Stück	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 Stück	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1 Stück	Schutzschürzen (wiederverwendbar)	1 Stück	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 100 Stück	Fingerlinge	100 Stück	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 100 Stück	Einmalhandschuhe S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/>	100 Stück	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 50 Stück	Mundschutz	50 Stück	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 500 ml	Händedesinfektionsmittel	500 ml	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 500ml	Flächendesinfektionsmittel	500 ml	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 75 Stück	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	75 Stück	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (Produktgruppe PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

<input type="checkbox"/> 2 Stück/ im Jahr	Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	2 Stück	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="text"/>
---	---------------------------------------	---------	---	----------------------

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.

Datum

Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. gesetzlicher Vertreter

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 40,00 € monatlich | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 20,00 € monatlich/ Beihilfeberechtigung | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfeberechtigter |
| <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfeberechtigter |

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel Pflegekasse



Ihre kostenlose Bestellung

Auswahl des Pflegezauberpaket



Antragssteller/Versicherte(r)

Auszufüllen wie Antragssteller Kostenübernahme

Herr Frau Name Vorname

Pflegeperson

Herr Frau

Name Vorname
Straße Nr. Geb.Datum
PLZ/Ort Telefon
E-Mail

Pflegeperson ist Ehe/Lebenspartner Tochter/Sohn Mutter/Vater anderer Verwandter Freund/Nachbar
 Ehrenamtlicher Andere als Betr. gesetzl. bevollmächtigt nicht bevollmächtigt

Pflegedienst/Sozialstation

Name Vorname
Straße Nr. Telefon
PLZ/Ort E-Mail

Lieferadresse auswählen

Lieferadresse eigene Adresse Pflegeperson Pflegedienst/ Sozialstation (Bitte unbedingt ausfüllen)

Pflegezauber-Paket auswählen

1 <input type="checkbox"/> Paket 1 wählen 100 St. Einmalhandschuhe 75 St. Bettschutzeinlagen	2 <input type="checkbox"/> Paket 2 wählen 500 ml Händedesinfektion 75 St. Bettschutzeinlagen	3 <input type="checkbox"/> Paket 3 wählen 500 ml Flächendesinfektion 75 St. Bettschutzeinlagen	4 <input type="checkbox"/> Paket 4 wählen 100 St. Bettschutzeinlagen	5 <input type="checkbox"/> Paket 5 wählen 100 St. Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 50 St. Bettschutzeinlagen
6 <input type="checkbox"/> Paket 6 wählen 500 St. Einmalhandschuhe	7 <input type="checkbox"/> Paket 7 wählen 200 St. Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	8 <input type="checkbox"/> Paket 8 wählen 1500 ml Händedesinfektion 1000 ml Flächendesinfektion	9 <input type="checkbox"/> Paket 9 wählen 200 St. Einmalhandschuhe 200 St. Mundschutz 100 St. Schutzschürzen	10 <input type="checkbox"/> Individuelles Paket

Grösse der Einmalhandschuhe wählen S M L XL

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.

Datum

Unterschrift des Versicherten Bevollmächtigten

3

So kommt Ihr Antrag kostenlos zu uns

- 1 Vordruck entlang der gestrichelten Linie ausschneiden
- 2 Ausgeschnittenen Vordruck auf einen (C6-Din Lang) Briefumschlag kleben
- 3 Ausgefüllte Anträge in den Briefumschlag stecken und in einen Briefkasten werfen

