



Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

Name der/des Versicherten

bitte in Druckbuchstaben lesbar ausfüllen

| | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Frau | <input type="checkbox"/> Herr | Vorname: | Name: |
| Strasse/Nr.: | | PLZ/Ort: | |
| Geb.-Datum: | | Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | |
| Telefon: | | Versicherten-Nr.: | |
| Pflegekasse: | | | |

- Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 40,- € monatlich wie nachstehend aufgeführt; bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 € monatlich: Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

| Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54) | | vom Versicherten auszufüllen | | | von der Pflegekasse auszufüllen | | | |
|---|----------|------------------------------|------|-----------------------|---------------------------------|------|--------|-----------|
| Artikelbezeichnung | Einheit | ja | nein | Anzahl | ja | nein | Anzahl | Bemerkung |
| Saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch, 60 x 90 cm, 12-lagig rutschfeste Folie, körperfreundliches Vlies | 50 Stk. | | | bis zu 100 Stk. | | | | |
| Einmalhandschuhe Vinyl, puderfrei, latexfrei Größe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL | 100 Stk. | | | bis zu 400 Stk. | | | | |
| Mundschutz Comfort 3-lagig, latex- und glasfaserfrei | 50 Stk. | | | 50 Stk. | | | | |
| Schutzschürzen zum Einmalgebrauch weiß, 125cm lang x 80 cm breit | 100 Stk. | | | 100 Stk. | | | | |
| Händedesinfektionsmittel mit Spenderflasche | 500ml | | | bis zu 1000ml | | | | |
| Flächendesinfektionsmittel mit Spenderflasche | 500ml | | | bis zu 1000ml | | | | |

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

| Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51) | | vom Versicherten auszufüllen | | | von der Pflegekasse auszufüllen | | | |
|--|---------|------------------------------|------|------------------|---------------------------------|------|--------|-----------|
| Artikelbezeichnung | Einheit | ja | nein | Anzahl | ja | nein | Anzahl | Bemerkung |
| Saugende Bettschutzeinlagen wiederverwendbar, waschbar | 1 Stk. | | | bis zu 2 Stk. | | | | |

Ich beauftrage die HiMiBo - Hilfsmittel-Box c/o Eurobalance mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte vermerken Sie die HiMiBo - Hilfsmittel-Box, mit Eingang dieses Antrags, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie - insofern vorhanden - meinen bisherigen Lieferanten, da ich diesem spätestens mit diesem Antrag rechtsgültig gekündigt habe.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die beantragten Pflegehilfsmittel zur Erleichterung meiner Pflege dienen. Die gewünschten Produkte werden ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet. Die Pflegehilfsmittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen.

X

X

Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis 40,- € monatlich
 PG 54 bis zu 20,00 € monatlich / Beihilfeberechtigung
 PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter
 PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

Datum

IK der Pflegekasse / Stempel / Unterschrift

