

Antrag auf Kostenübernahme

(Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Absatz 1 i.V.m § 40 Absatz 2 SGB XI)

PharmaCare GmbH

Raiffeisenallee 16 · 82041 Oberhaching
Telefon: 089-219 66 88-70 · Fax: 089-219 66 88-76
E-Mail: info@pharmacare.de · www.pharmacare.de
IK: 590913527

Vorname und Nachname _____

Straße _____ Hs.-Nr. _____ PLZ _____ Wohnort _____

Geburtsdatum _____ Pflegekasse / Versicherungsnummer _____ Tel.-Nr. _____

Da ein Pflegegrad zugesprochen wurde beantrage ich hiermit die Kostenübernahme für:

- die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel – (PG 54) – bis maximal 40,- € / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,- € monatlich. Darüber hinaus anfallende Kosten werden von mir selbst getragen.

| Artikel | Menge/ Preis | Nur vom Pflegbedürftigen auszufüllen | | | Nur von der Pflegekasse auszufüllen | | | |
|--|-----------------|--------------------------------------|------|--------------------|-------------------------------------|------|--------------------|------------------|
| | | benötigt werden: | | Anzahl/ Einheit | genehmigt werden: | | Anzahl/ Einheit | Genehmigt bis |
| | | ja | nein | | ja | nein | | |
| Saugende Bettstutzeinlagen, Einmalgebrauch | 50 Stück | | | | | | | |
| Fingerlinge | 100 Stück | | | | | | | |
| Einmalhandschuhe | 100 Stück | | | | | | | |
| Mundschutz | 50 Stück | | | | | | | |
| Schutzschürzen, Einmalgebrauch | 100 Stück | | | | | | | |
| Schutzschürzen, wiederverwendbar | pro Stück | | | | | | | |
| Händedesinfektion | 500 ml | | | | | | | |
| Flächendesinfektion | 500 ml | | | | | | | |

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

| Artikel | Menge/ Preis | benötigt werden: | | Anzahl/ Einheit | genehmigt werden: | | Anzahl/ Einheit | Genehmigt bis |
|--|-----------------|------------------|------|--------------------|-------------------|------|--------------------|------------------|
| | | ja | nein | | ja | nein | | |
| Saugende Bettstutzeinlagen, wiederverwendbar | pro Stück | | | | | | | |

- Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch und möchte ab dem _____ die Pflegehilfsmittel von oben genannten Leistungserbringer beziehen.

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

X _____
Unterschrift des Versicherten /
Bevollmächtigten

Genehmigung der Pflegekasse

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

X _____
Datum / IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift