

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

pflegebo 

gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

Bitte nicht ausfüllen

Versicherte/r (*Pflichtfelder):

Frau

Herr

Vorname:

Nachname:

Straße, Haus-Nr.:

Adresszusatz:

PLZ:

Ort:

Geburtsdatum*:

Telefon:

E-Mail:

Pflegekasse*:

Versicherten-Nr.*:

Pflegegrad*:

1

2

3

4

5

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis max. zum monatlichen Höchstbetrag nach §40 Abs. 2 SGB XI; bei Beihilfeberechtigung bis max. zur Hälfte dieses Höchstbetrages. Darüber hinausgehende Kosten trage ich selbst.

Bitte Inhalt Ihrer Box ankreuzen	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositions-Nr.
<input type="radio"/>	Einmalhandschuhe <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL	54.99.01.1001
<input type="radio"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="radio"/>	Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="radio"/>	Handdesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="radio"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
<input type="radio"/>	Bettwäscheeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="radio"/>	Fingerlinge	54.99.01.0001

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.

Bitte wie gewählt ankreuzen	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (pro Stück 26,16 €)	Pflegehilfsmittelpositions-Nr.
<input type="radio"/>	2 wiederverwendbare Bettwäscheeinlagen	51.40.01.4127

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen und dauerhaft benötigt werden. Bitte verzeichnen Sie die Best Care GmbH, Königsallee 27, 40212 Düsseldorf, als Leistungserbringer der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme. Die Best Care GmbH darf meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und nutzen sowie zur Durchführung des Antragsverfahrens und der Abrechnung an den Dienstleister Styra & Partner GmbH übermitteln.

Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers:

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

Best Care GmbH IK.-Nr.: 330508149

PG 54 bis maximal zum monatlichen Höchstbetrag nach §40 Abs. 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

Datum:

IK-Nr. der Pflegekasse:

Stempel/Unterschrift: