

Ihr Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

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

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Vorname	Nachname
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		E-Mail	
Pflegekasse		Versicherten-Nr.	

* Hinweis: Bitte beachten Sie, dass Sie nun aufgrund des PSG II 2017 Pflegegrade angeben.

Antrag auf Kostenübernahme

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

Verbrauchshilfsmittel (PG 54)			vom Versicherten auszufüllen:			von der Pflegekasse auszufüllen:			
Artikel	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Menge/Einheit	benötigt werden:			genehmigt werden:			genehmigt bis:
			ja	nein	Anzahl	ja	nein	Anzahl	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	500 ml							
		1000 ml							
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	500 ml							
		1000 ml							
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001	100 Stück							
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück							
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001	50 Stück							
Fingerlinge	54.99.01.0001	100 Stück							
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	100 Stück							
Mundschutz	54.99.01.2001	50 Stück							

für Pflegehilfsmittel unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Körperpflege / Körperhygiene (PG 51)				vom Versicherten auszufüllen:			von der Pflegekasse auszufüllen:			
Artikel	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Menge	Preis	benötigt werden:			genehmigt werden:			genehmigt bis:
				ja	nein	Anzahl	ja	nein	Anzahl	
Bettschutzauflage, waschbar	51.40.01.4	1 Stück								

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich stimme zu, dass die unten genannte Firma meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Lieferung o.g. Pflegehilfsmittel, der Kostenübernahme sowie der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse erheben und nutzen darf. Eine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte erfolgt nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung. Bitte hinterlegen Sie die unten genannte Firma mit Eingang diesen Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene, andere Lieferanten. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort _____ **Datum** _____ **Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten** _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages Datum _____

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter (IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift) _____



REHA • MEDIZINTECHNIK • HOMECARE

Pflegehilfsmittel OWL
Südring 11 | 33647 Bielefeld
Fax: 0521/ 938485-21
IK Nummer: 330572683

Ihre kostenlose Bestellung zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

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

Vorschläge für Ihr kostenfreies Pflegehilfsmittel-Paket (bitte nur ein Kreuz)

 <p><input type="checkbox"/> 1 Bettenschutz, 50 Stück Handschuhe, 200 Stück</p>	 <p><input type="checkbox"/> 4 Flächendesinfektion, 500 ml Bettenschutz, 50 Stück Handschuhe, 100 Stück</p>	 <p>Stellen Sie sich Ihr individuelles Pflege-Paket zusammen. Die Bestellung können Sie direkt telefonisch oder per E-Mail aufgeben.</p>
 <p><input type="checkbox"/> 2 Bettenschutz, 50 Stück Handschuhe, 100 Stück Schutzschürzen, 100 Stück</p>	 <p><input type="checkbox"/> 5 Händedesinfektion, 500 ml Flächendesinfektion, 500 ml Schutzschürzen, 100 Stück Mundschutz, 50 Stück Handschuhe, 100 Stück</p>	
 <p><input type="checkbox"/> 3 Händedesinfektion, 500 ml Bettenschutz, 50 Stück Handschuhe, 100 Stück</p>	 <p><input type="checkbox"/> 6 Händedesinfektion, 500 ml Flächendesinfektion, 500 ml Handschuhe, 300 Stück</p>	

Die Einmalhandschuhe bitte in Größe: S M L XL

Bettenschutzauflage waschbar (PG 51)

Wenn Sie Fragen zu den kostenfreien Pflegehilfsmitteln oder dem Formular haben, rufen Sie uns direkt an. Wir beraten Sie gerne zu unseren Produkten und wählen gemeinsam mit Ihnen das Pflegehilfsmittel-Paket aus, das Ihren Anforderungen am besten entspricht. Anschließend können Sie das ausgefüllte Formular einfach in den beigefügten Freiumschlag geben und abschicken.

Sie haben noch Fragen zu Pflegehilfsmittel OWL?

Wir helfen Ihnen gern weiter. Rufen Sie uns an.

Pflegehilfsmittel OWL 0521 / 938 485-60



Wir sind für Sie da:

Mo-Fr 9:00 Uhr bis 17:00 Uhr
pflegehilfsmittel@pvm-med.de



REHA • MEDIZINTECHNIK • HOMECARE

Pflegehilfsmittel OWL
Tel. 0521 / 938 485-60
Fax 0521 / 938 485-21
Mail pflegehilfsmittel@pvm-med.de