

Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

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

Angaben zur Person

Bitte in Druckbuchstaben - gut lesbar ausfüllen!

X	_____	X	_____
Name, Vorname		Geb. Datum	
X	_____	X	_____
Straße, Nr.		Versichertennummer	
X	_____	X	_____
PLZ, Ort		Pflegekasse	
X	_____	X	_____
E-Mail		Telefon	



Ihre Telefon-Nr. ist die Voraussetzung für Arzneimittellieferungen. So können wir Sie durch unser pharmazeutisches Personal telefonisch beraten. Hierfür fallen keine zusätzlichen Gebühren an.

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis maximal 42,00 € (bei Beihilferechtigung bis maximal 21,00 €) monatlich.
Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechengröße	Menge/Faktor	Erläuterung
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück		
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück		
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück		
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück		
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück		
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück		
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück		
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück		
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml		Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml		
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück		
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück		

- Pflegehilfsmittel (PG 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10%, soweit keine Befreiung vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechengröße	Menge/Faktor	Erläuterung
Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück		

Bankverbindung:
 Roland Helle e.K., Deutsche Bank AG
 IBAN: DE05 8607 0000 0694 9499 00
 BIC: DEUTDE8LXXX

Roland Helle e.K.
 USt-ID: DE418524168

Handelsregister:
 Amtsgericht Stendal
 HRA 8390



durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen									
Robert-Koch-Apotheke Roland Helle e.K. - Bereich Versandhandel - Friedrichstr. 125 b, 06886 Lutherstadt Wittenberg Tel.: 03491-877012 • Fax: 877014 service@mycare.de • www.mycare.de	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">6</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">0</td> </tr> </table>	3	0	1	2	0	3	6	0	0
3	0	1	2	0	3	6	0	0		

Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind, die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs:

- Beratung in den Geschäftsräumen
- Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
- Beratung in der Häuslichkeit

Der o.g. Leistungserbringer hat

- mich persönlich und/oder
- meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

beraten.

Datum der Beratung

Beratende/r Mitarbeiter/in

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüberhinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

Vom Versicherten* auszufüllen!

<p>X</p> <p style="text-align: center;">Datum</p>	<p>X</p> <p style="text-align: center;">Unterschrift der/des Versicherten*</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">*der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.</p>
--	--

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
|--|--|

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Bankverbindung:
 Roland Helle e.K., Deutsche Bank AG
 IBAN: DE05 8607 0000 0694 9499 00
 BIC: DEUTDE8LXXX

Roland Helle e.K.
 USt-ID: DE418524168

Handelsregister:
 Amtsgericht Stendal
 HRA 8390

