AC/TK: 19 00 P50

Anlage 2 - Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

,					
Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer)			
,					
Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort Pflegekasse		Pflegekasse			
Ich beantrage die Kostenübernahme für:					
zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages					

Bezeichnung	positionsnummer	größe	tor bitte	Eriauterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
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 Latexallergi- ker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück		
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück		
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder ver- gleichbare 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
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml		1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück		
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück		

☐ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer Rechen- Me		Menge ein-	Erläuterung
		größe	tragen	
Pflegehilfsmittel zur Körpe				
Saugende Bettschutzeinlagen –	51.40.01.4	1 Stück		
wiederverwendbar	(Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)			

AC/TK: 19 00 P50

durch folgenden Leistu	ınaserbrinaer:
------------------------	----------------

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
Pflegehaus MKB GmbH Benroder Str. 10 E 31311 Uetze	4 6 0 3 1 9 5 1 6

💆 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:	□ X i □	Beratung in den Geschäftsräumen Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z.B. Videochat) Beratung in der Häuslichkeit
Der o.g. Leistungserbringer hat	又 □ berate	mich persönlich und/oder meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Ange- hörigen) en.
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. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

1 8	1 1 2 0 2 5	
Datum		Unterschrift der/des Versicherten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse	☐ PG 51 mit Zuzahlung			
	□ PG 51 ohne Zuzahlung			
□ PG 54	☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter			
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages	☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter			
nach § 40 Absatz 2 SGB XI				
☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI				
(Datum)	IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)			

^{*}Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben