

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

_____	_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer
_____		_____
Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort		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 nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge/Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	<input type="text"/>	In 30er Schritten eintragen. Max 90 Stk.
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<input type="text"/>	In 100er Schritten eintragen. Max 600 Stk.
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<input type="text"/>	In 100er Schritten eintragen. Max 400 Stk.
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<input type="text"/>	In 50er Schritten eintragen. Max 250 Stk.
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	<input type="text"/>	Gewünschte Anzahl eintragen. Max 50 Stk.
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<input type="text"/>	In 100er Schritten eintragen. Max 300 Stk.
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<input type="text"/>	Maximal 1 Stück
Schutzservietten - Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	<input type="text"/>	In 50er Schritten eintragen. Max 300 Stk.
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<input type="text"/>	Bitte in 5er Schritten eintragen (500 ml). Max. 25 Hände- und 30 Flächendesinfektion.
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<input type="text"/>	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<input type="text"/>	In 60er Schritten eintragen. Max 240 Stk.
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<input type="text"/>	In 80er Schritten eintragen. Max 320 Stk.

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge eintragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4133	1 Stück	<input type="text"/>	

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen									
 <p>Rigoma GmbH & Co. KG - Inkoservice - Bahnhofstrasse 47 63477 Maintal</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>3</td><td>3</td><td>0</td><td>6</td><td>4</td><td>3</td><td>8</td><td>6</td><td>0</td> </tr> </table>	3	3	0	6	4	3	8	6	0
3	3	0	6	4	3	8	6	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 beraten und/oder
 - meine Betreuungsperson beraten (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

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.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Unterschrift der/des Versicherten*

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

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)