

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

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



Rigoma GmbH & Co. KG · Inkoservice
Bahnhofstrasse 47 · 63477 Maintal

Telefon: (06181) 90 80 533
Fax: (06181) 299 72 22 · Email: info@inkoservice.de

IK: 330643860

Versicherte(r)

	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	
Name, Vorname	<input type="text"/>		Geburtsdatum <input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>		Pflegekasse (Krankenkasse) <input type="text"/>
PLZ Ort	<input type="text"/>		Versicherten-Nr. <input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>		Pflegegrad <input type="text"/>

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG) 54 – bis maximal 40 € monatlich / bei Beihilfeanspruch bis maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bitte ankreuzen	Artikel	Einheit	Hilfsmittelnummer
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	100 Stück	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Krankenunterlagen (Einmalgebrauch)	50 Stück	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 Stück	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürze (wiederverwendbar)	1 Stück	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/>	Mundschutz (OP-Masken, 3-lagig)	50 Stück	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz (FFP2-Maske)	1 Stück	54.99.01.5001
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge	100 Stück	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	500ml	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	500ml	54.99.02.0002
<input type="checkbox"/>	Esslätzchen	50 Stück	54.99.01.4001

Ich beantrage die Kostenübernahme für 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.

Stückzahl: **Saugende Bettschutzeinlage (wiederverwendbar)** 1 Stück 51.40.01.4
i.d.R. 2 - 4 Stück pro Jahr unabhängig von der monatlichen Pauschale erhältlich

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

Ich beauftrage die Rigoma GmbH & Co. KG (Inkoservice) mit der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse.

Bitte hinterlegen Sie Rigoma GmbH & Co. KG (Inkoservice) mit Eingang dieses Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie ggf. vorhandene Lieferanten. Die Rigoma GmbH & Co. KG (Inkoservice) und die beauftragten Unternehmen dürfen meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten.

Datum

Unterschrift des Versicherten oder dessen ges. Vertreter / Betreuer

Wird durch Ihre Pflegekasse ausgefüllt

Genehmigt	
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Wird durch Ihre Pflegekasse ausgefüllt

Genehmigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------	-----------------------------	-------------------------------

Genehmigungsvermerk:

- PG 54 bis 40€ monatlich
- PG 54 bis 20€ monatlich (Beihilfeberechtigt)
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung (Beihilfeberechtigt)
- PG 51 ohne Zuzahlung (Beihilfeberechtigt)

Institutionskennzeichen der Pflegekasse

Datum

Stempel, Unterschrift der Pflegekasse

Wird durch Ihre Pflegekasse ausgefüllt