



# 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	Wert
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	100 Stück	7,18€
<input type="checkbox"/>	Krankenunterlagen (Einmalgebrauch)	50 Stück	21,54€
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 Stück	13,34€
<input type="checkbox"/>	Schutzschürze (wiederverwendbar)	1 Stück	25,65€
<input type="checkbox"/>	Mundschutz	50 Stück	7,18€
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge	100 Stück	5,64€
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	500ml	8,21€
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	500ml	6,16€

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.

Benötigte Stückzahl:

<input type="text"/>	Saugende Bettschutzeinlage (wiederverwendbar) i.d.R. 2 Stück pro Jahr unabhängig von der monatlichen Pauschale erhältlich	1 Stück	26,16€
----------------------	--	---------	--------

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

# Hier können Sie Ihre Inkoservice PFLEGEBOX bestellen

## Voraussetzung für den Erhalt der PFLEGEBOX ist ein vollständiger

### Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel (Formular 1)

# 2

## Wählen Sie Ihre Inkoservice PFLEGEBOX



### 1. Lieferinformationen

**Versicherte(r)**

Herr  Frau

Vorname

Name

**Abweichende Lieferanschrift**

*Bitte nur angeben, falls abweichende Lieferanschrift gewünscht.*

Name, Vorname

Straße

PLZ Ort

Telefon

**Ansprechpartner**

*Bitte angeben, falls abweichend vom Versicherten.*

Angehöriger  Pflegeperson  Pflegedienst

Name, Vorname

Straße

PLZ Ort

Telefon

Email (falls vorhanden)

**Ausstattung**

*Bitte angeben, wenn Handschuhe gewünscht. (M bei Nichtauswahl)*

Handschuhgröße  S (klein)  M (mittel)  L (groß)  XL (extra groß)

**Monatliche Lieferung**

**Ja, ich möchte die gewählte Pflegebox monatlich automatisch erhalten.**  
Andernfalls erhalten Sie die Pflegebox immer dann, wenn Sie diese bei uns bestellen (maximal 1x monatlich).

Ihre getroffene Auswahl der Produkte ist nicht verpflichtend, sondern kann jeden Monat neu festgelegt werden, sofern sie beantragt und genehmigt wurde. Hierfür bitten wir Sie, bei automatischen Lieferungen, Ihren Änderungsbedarf bis zum 15. des Vormonats der Rigoma GmbH & Co. KG (Inkoservice) mitzuteilen.

**WICHTIG:** Bei Wegfall des Pflegegrades, im Todesfall des Versicherten oder bei Umzug des Versicherten in ein Pflegeheim sind Sie verpflichtet, die Rigoma GmbH & Co. KG (Inkoservice) zu informieren.

Die kostenlosen Pakete werden für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme Ihrer Pflegekasse von uns geliefert. Bei einem Widerruf der Bewilligung kann die Rigoma GmbH & Co. KG (Inkoservice) die Lieferung einstellen.

Ich bevollmächtige die Pflegeperson/Betreuung bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme meiner Pflegebox. Ich bin in die Nutzung und den Gebrauch der Pflegehilfsmittel eingewiesen worden.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten oder dessen ges. Vertreter / Betreuer

### 2. PFLEGEBOX auswählen

**1**

100 Krankenunterlagen

**2**

50 Krankenunterlagen  
100 Einmalhandschuhe  
500ml Händedesinfektion  
500ml Flächendesinfektion

**3**

300 Einmalhandschuhe  
500ml Händedesinfektion  
2x 500ml Flächendesinfektion

**4**

50 Mundschutz  
100 Schutzschürzen  
300 Einmalhandschuhe

**5**

50 Mundschutz  
200 Einmalhandschuhe  
500ml Händedesinfektion  
2x 500ml Flächendesinfektion

**6**

50 Krankenunterlagen  
200 Einmalhandschuhe  
500ml Flächendesinfektion

**7**

Ihre individuelle Pflegebox erstellen wir gerne, bitte sprechen Sie uns an.