

Antrag auf Kostenübernahme

Belieferung erwünscht durch:



reha team
Mais
Das Sanitätshaus Aktuell eK

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> IK 330920069 (Passau) | <input type="checkbox"/> IK 330921048 (Osterhofen) |
| <input type="checkbox"/> IK 330921060 (Pocking) | <input type="checkbox"/> IK 330921867 (Waldkirchen) |
| <input type="checkbox"/> IK 330921059 (Vilshofen) | |

Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln
gem. § 78 Abs.1 i.V.m. § 40 Abs. 2 SGB XI (ab 01.01.2015)

(Name, Vorname) (Geburtsdatum) (Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für: Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG54) - bis maximal 40 € / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen:

Artikel	Menge/ Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen		Nur von der Pflegekasse auszufüllen		
		benötigt werden:		genehmigt werden:		genehmigt bis:
		ja	nein	Anzahl/ Einheit	ja	
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	50 Stk. (21,54 €)					
Fingerlinge	100 Stk. (5,64 €)					
Einmalhandschuhe	100 Stk. (7,18 €)					
Mundschutz	50 Stk. (7,18 €)					
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	100 Stk. (13,34 €)					
Schutzschürzen - wiederverwendbar	1 Stk. (25,65 €)					
Händedesinfektionsmittel	500ml (8,21 €)					
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:

Artikel	Menge/ Preis	benötigt werden:		Anzahl/ Einheit	genehmigt werden:		genehmigt bis:
		ja	nein		ja	nein	
saugende Bettschutzeinlagen wiederverwendbar	1 Stk. (26,16 €)						

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 40 € monatlich | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 20 € monatlich/ Beihilfeberechtigung | <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, Unterschrift)

Sobald wir den ausgefüllten und unterschriebenen Antrag vorliegen haben, beantragen wir die Kostenübernahme für Sie! Sie können uns den Antrag persönlich, per Brief, via Fax (0851/9882828) oder via Email (verwaltung@maispassau.de) zukommen lassen!

Telefonnummer für Kontaktaufnahme: