



Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gem. §78 Absatz 1 i.V.m. §40 Absatz 2 SGB XI

Versicherte(r)

Anrede: <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Divers	Name/Vorname:
Straße/Nr.:	PLZ/Ort:
Geb.-Datum:	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Tel.:	E-Mail:
Pflegekasse:	Versicherten-Nr.:

Ich beantrage die Kostenübernahme 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	Wird grundsätzlich benötigt	Positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	54.99.01.1001
Medizinische Gesichtsmasken (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.5001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.4001
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Händedesinfektionstücher	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0014
Flächendesinfektionstücher	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0015

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Benötigte Stückzahl	Positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)		51.40.01.4000

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
Ucar Pflegebox Inhaber: Erkan Ucar Sprendlinger Landstr. 180 63069 Offenbach am Main	3 3 0 6 0 1 1 7 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:

- Beratung in den Geschäftsräumen
- Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
- Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

- mich persönlich und/oder
- meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen) beraten.

Datum der Beratung

flnhaber: Erkan Ucar
Sprendlinger Landstr. 180
63069 Offenbach am Main

Beratende/r Mitarbeiter/in:

St-Nr. 044 232 43933
USt.-ID DE366696033
IK 330601176

info@ucarpflegebox.de
Mobil +49 162 91 41 191
Telefon +49 69 79 27 30 24

- 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. darüberhinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.
- Ich möchte, dass die Pflegehilfsmittel an meinem Bevollmächtigtem/Betreuer geliefert werden.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

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

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages

nach § 40 Absatz 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)