

Pflegehilfsmittel

Antrag auf Kostenübernahme

Apotheke im Maximilian Center, Inh.: Johanna Gemenetzi e.K., Maximilianstr. 1, 76744 Wörth a. R., Tel.: 07271 / 979780, Email: info@apothke-im-maximiliancenter.de



1 Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen* – *Pflichtangaben! Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Vorname:*

Nachname:*

Straße:*

Postleitzahl + Wohnort:*

Telefonnummer:*

Geburtsdatum:* (Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)

Pflegekasse:*

Versicherten-Nr.:* (Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)

2 Ich beantrage die Kostenübernahme für

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis maximal 40 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bitte ankreuzen	Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
☒	Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
☒	Fingerlinge puderfrei	54.99.01.0001
☒	Einmalhandschuhe puderfrei	54.99.01.1001
☒	Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
☒	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
☒	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
☒	Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0001
☒	Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Benötigte Stückzahl	Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
2-3	Saugende Bettschutzeinlagen wasch- und wiederverwendbar	51.40.01.4489

4 Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Name & Anschrift:	Institutionskennzeichen:
Apotheke im Maximilian Center Maximilianstraße 1, 76744 Wörth am Rhein	306407128

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

 _____  _____
Ort, Datum Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- ☐ PG 54 bis € 40 monatlich ☐ PG 54 bis € 20 monatlich ☐ PG 51 mit Zuzahlung
☐ PG 51 ohne Zuzahlung ☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r) ☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel / Unterschrift