

# Antrag auf Kostenübernahme



Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI (analog Anlage 4).

## Name der/des Versicherten:

\*Pflichtangaben

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname: *	Nachname: *
Straße: *		Nr.: *
PLZ/Ort: *	Geburtsdatum: *	
Email:	Telefon:	
Krankenkasse: *	Versichertennr.: *	

## Angehörige Pflegeperson:

Bitte die wichtigste **private** Pflegeperson oder die/den Betreuer/in eintragen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Nachname:
Straße:		Nr.:
PLZ/Ort:	Telefon:	

## Ich beantrage die Kostenübernahme für

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Benötigtes ankreuzen	Pflegehilfsmittel (PG 54)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Saugende Bettschutzeinlage Einmalgebrauch</b> mind. 60 x 90 cm	54.45.01.0001
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Fingerlinge</b> puderrfrei	54.99.01.0001
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Einmalhandschuhe</b> puderrfrei	54.99.01.1001
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Mundschutz</b> 3-lagig, FFP2-Maske	54.99.01.2001
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Schutzschürzen – Einmalgebrauch</b> wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Schutzschürzen – Wiederverwendbar</b> wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Händedesinfektionsmittel</b> keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0001
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>Flächendesinfektionsmittel</b> keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0002

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	Pflegehilfsmittel (PG51)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	<b>Wiederverwendbare Bettschutzeinlage</b> wasch- und wiederverwendbar	51.40.01.4__ _

## Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Firma:	Sanus Set GmbH	IK-Nr.:	330205893
Straße/Nr.:	Papenreye 53	PLZ/Ort:	22453 Hamburg

Hiermit bevollmächtige ich Sanus Set GmbH mit der Antragstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch Sanus Set GmbH, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von Ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der Sanus Set GmbH, solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie Sanus Set GmbH als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Gewünschte Produkte werden von mir ausnahmslos für die ambulante private Pflege im angegebenen Umfang bezogen.

Datum

Unterschrift Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r

## Genehmigungsvermerk der Pflegekasse:

wird von der Pflegekasse ausgefüllt

PG 54

(bis maximal des mtl. Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 SGB XI)

PG 54 Beihilfeberechtigung

(bis maximal der Hälfte des mtl. Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 SGB XI)

Schicken Sie uns die Rückmeldung gerne per Mail: [info@medpaket.de](mailto:info@medpaket.de)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung  | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter  |
| <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter |

Datum

IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift







**Name der/des Versicherten:**

\*Pflichtangaben

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname: *	Nachname: *
Straße: *		Nr.: *
Plz / Ort: *		Geburtsdatum: *
Vorhandener Pflegegrad: * <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad vorhanden		
Versicherte/r: <input type="checkbox"/> gesetzlich pflegeversichert <input type="checkbox"/> privat pflegeversichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> über Sozialamt versichert		

**Auswahl der Pflegehilfsmittel:**

Kreuzen Sie bitte geeignete Box an!

PAKETE						
Einmalhandschuhe	100 Stk.	100 Stk.	100 Stk.	200 Stk.	100 Stk.	100 Stk.
Händedesinfektion	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml	500 ml
Flächendesinfektion	500 ml	500 ml	-	500 ml	-	500 ml
OP - Masken	50 Stk.	-	50 Stk.	-	-	-
FFP 2 - Masken	7 Stk.	-	5 Stk.	7 Stk.	5 Stk.	5 Stk.
Bettschutzeinlagen	-	50 Stk.	25 Stk.	-	25 Stk.	-
Schutzschürzen	-	-	-	-	100 Stk.	100 Stk.
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handschuhgröße: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL      Handschuhmaterial: <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Nitril						

**Lieferadresse:**

<input type="checkbox"/> des Versicherten	<input type="checkbox"/> einer Bekannten / Pflegeperson <input type="checkbox"/> eines Pflegedienstes <b>GANZ WICHTIG: Vollmacht mit ausfüllen!</b>
---	--

**Vollmacht zur Unterzeichnung von Lieferbescheinigungen:**

Hiermit erteile ich (oben genannte/r Versicherte/r) Vollmacht, die Lieferbestätigungen der Pflegehilfsmittel gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI zu unterzeichnen an folgende Person/Firma:

**Vollmachtnehmer**

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Name:	
Straße:		Nr.:
Plz / Ort:		

- Ich habe die AGB ([www.medpaket.de/agb](http://www.medpaket.de/agb)) gelesen und zur Kenntnis genommen.
- Ich habe die Datenschutzerklärung (<http://www.medpaket.de/datenschutzerklaerung>) gelesen und zur Kenntnis genommen.

**Hinweis:**

Der Versicherte/Pflegebedürftige hat das Recht selbst zu entscheiden bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer er die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt. Er ist auch frei, den Lieferanten jederzeit zu wechseln, ohne dass er hierdurch Nachteile bei der Versorgung durch den Pflegedienst befürchten muss.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/r Versicherten

\_\_\_\_\_  
bzw. Unterschrift des/r Bevollmächtigten