

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

- | | |
|---|--|
| <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: *

Wähle deine Pflegehilfsmittel aus:

Nutze die untenstehenden Tabellen. **Du kannst insgesamt bis zu 10 Punkte auswählen!**

Basics - müssen in jedem Paket enthalten sein (erreiche mindestens 8 Punkte!)					
Auswahl	Produkte	Menge	Punkte	Anzahl	Gesamtpunkte:
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	100 Stk.	3 Punkte		
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektion	500 ml	3 Punkte		
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektion	500 ml	2 Punkte		
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionstücher	60 Stk.	3 Punkte		
<input type="checkbox"/>	Bettscutzeinlagen	25 Stk.	4 Punkte		
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen	100 Stk.	4 Punkte		
<input type="checkbox"/>	OP – Masken	50 Stk.	2 Punkte		
<input type="checkbox"/>	FFP 2 – Masken	5 Stk.	2 Punkte		

Handschuhgröße: S M L XL Handschuhmaterial: Vinyl Latex Nitril

Extras - können in jedem Paket enthalten sein (optional – maximal 2 Punkte)					
Auswahl	Produkte	Menge	Punkte	Anzahl	Gesamtpunkte:
<input type="checkbox"/>	Feuchttücher	80 Stk.	2 Punkte		
<input type="checkbox"/>	Handcreme	75 ml	1 Punkt		
<input type="checkbox"/>	Fußcreme	75 ml	1 Punkt		
<input type="checkbox"/>	Shampoo	250 ml	1 Punkt		
<input type="checkbox"/>	Duschgel	250 ml	1 Punkt		

Lieferadresse:

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

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) 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