KRÖGER

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

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

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: ☐☐.☐☐.☐☐☐☐

Anschrift: _____

Pflegekasse: _____ Versichertennr.: _____

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme:

☐ für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG) 54 – bis maximal 40,00 €, bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	☐	54.45.01.0001
Fingerlinge	☐	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	☐	54.99.01.1001
Mundschutz	☐	54.99.01.2001
FFP2-Masken	☐	54.99.01.5000
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	☐	54.99.01.3001
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	☐	54.99.01.3002
Einmallätzchen	☐	54.99.01.4000
Händedesinfektionsmittel	☐	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel/Desinfektionstücher	☐	54.99.02.0002

☐ 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.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	☐	51.40.01.4

☐ durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
Medizintechnik & Sanitätshaus Harald Kröger GmbH Hertzstraße 8, 03238 Massen-Niederlausitz	591200219

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

Ort/Datum	Unterschrift (Patient/Betreuer)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

☐ PG 51 mit Zuzahlung

☐ PG 51 ohne Zuzahlung

☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigung

☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigung

☐ PG 54 (bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI)

☐ PG 54 Beihilfeberechtigung (bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI)

Ort/Datum	IK Pflegekasse	Stempel/Unterschrift Pflegekasse