

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Frau Herr Vorname _____ Nachname _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Geb.-Datum _____ Pflegestufe 0* 1 2 3

Telefon _____ E-Mail _____

Pflegekasse _____ Versicherten-Nr. _____

* Die Pflegestufe 0 gibt es für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz z.B. wegen einer Demenz. Auch bei Pflegestufe 0 besteht ein gesetzlicher Anspruch auf die Kostenübernahme von Pflegehilfsmitteln.

Antrag auf Kostenübernahme

für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI/ Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (PG 54)				vom Versicherten auszufüllen:			von der Pflegekasse auszufüllen:		
Artikel	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Menge/Einheit	benötigt werden:			genehmigt werden:			genehmigt bis:
			ja	nein	Anzahl	ja	nein	Anzahl	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	500 ml			8,21				
		1000 ml							
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	500 ml			6,16				
		1000 ml							
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001	100 Stück			13,34				
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück			25,65				
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001	50 Stück			21,54				
Fingerlinge	54.99.01.0001	100 Stück			5,64				
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	100 Stück			7,18				
Mundschutz	54.99.01.2001	50 Stück			7,18				

für Pflegehilfsmittel unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Körperpflege / Körperhygiene (PG 51)				vom Versicherten auszufüllen:			von der Pflegekasse auszufüllen:			
Artikel	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Menge	Preis	benötigt werden:			genehmigt werden:			genehmigt bis:
				ja	nein	Anzahl	ja	nein	Anzahl	
Bettschutzauflage, waschbar	51.40.01.4	1 Stück	25,65 €							

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich stimme zu, dass die unten genannte Firma meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Lieferung o.g. Pflegehilfsmittel, der Kostenübernahme sowie der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse erheben und nutzen darf. Eine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte erfolgt nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung. Bitte hinterlegen Sie die unten genannte Firma mit Eingang dieses Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene, andere Lieferanten. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages Datum _____

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung

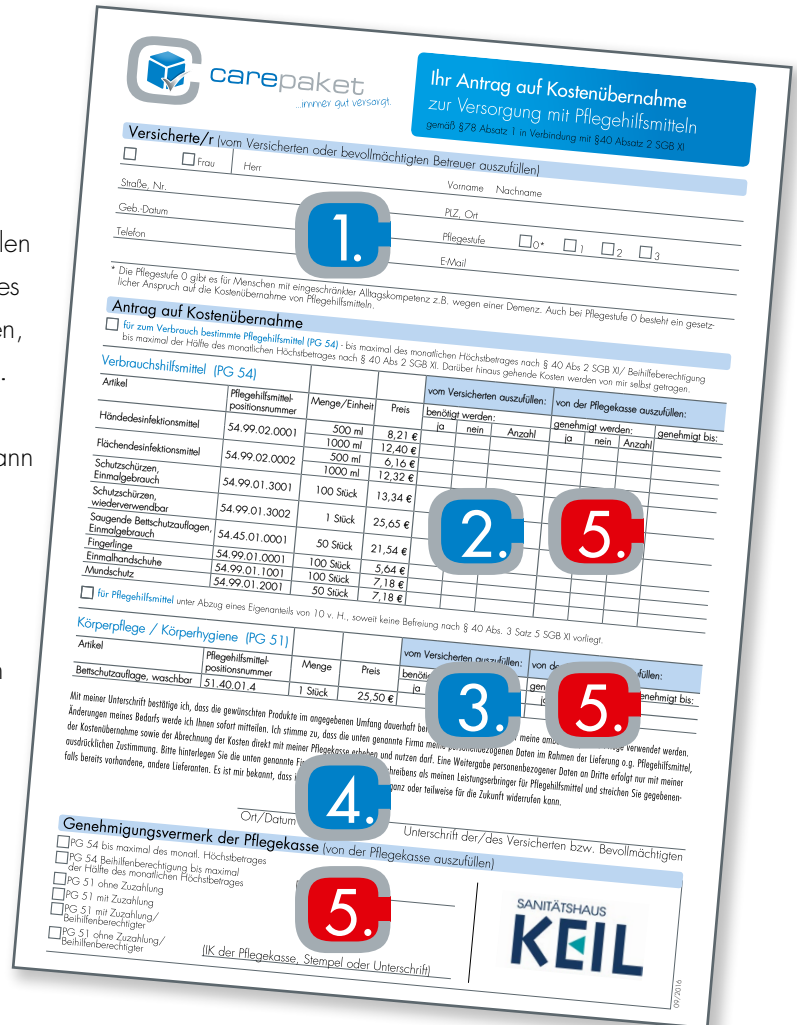
PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfeberechtigter (IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift) _____

SANITÄTSHAUS
KEIL
MEHR GESUNDHEIT MEHR FITNESS
Sanitätshaus Keil GmbH
Saarstraße 8 | 36043 Fulda
IK Nummer: 330620113

Antrag auf Kostenübernahme

1. Persönliche Daten des zu Pflegenden
2. Damit Sie zukünftig zwischen allen Produkten frei wählen und ggf. zwischen den Paketen wechseln können, ist es notwendig, dass Sie möglichst alle Produkte auswählen, auch wenn Sie diese jetzt noch nicht beziehen wollen.
3. Benötigen Sie auch waschbare Bettschutzauflagen, dann kreuzen Sie bitte „Ja“ an und geben die Menge an.
4. Ort/Datum und Unterschrift
5. Diese Bereiche nicht ausfüllen. Diese Bereiche werden von Ihrer Pflegekasse ausgefüllt.



Ihr Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln
gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Frau Herr

Stoße, Nr. _____ Vorname _____ Nachname _____

Geb. Datum _____ PLZ, Ort _____

Telefon _____ Pflegestufe: 0+ 1 2 3

E-Mail _____

Antrag auf Kostenübernahme

für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI/ Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI. Darüber hinaus gehende Kosten werden vom mit selbst getragen.

Artikel	Pflegehilfsmittelpositionnummer	Menge/Einheit	Preis	vom Versicherten auszufüllen:		von der Pflegekasse auszufüllen:			
				benötigt werden:	Anzahl	genehmigt werden:	ja	nein	Anzahl
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	500 ml	8,21 €	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	1000 ml	12,40 €	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schutzschürzen Einmalgebrauch	54.99.01.3001	500 ml	6,16 €	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schutzschürzen wiederverwendbar	54.99.01.3002	1000 ml	12,32 €	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Saugende Bettschutzauflagen Einmalgebrauch	54.99.01.3002	100 Stück	13,34 €	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fingerringe	54.45.01.0001	1 Stück	25,65 €	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	50 Stück	21,54 €	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mundschutz	54.99.01.1001	100 Stück	5,64 €	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	54.99.01.2001	50 Stück	7,18 €	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

für Pflegehilfsmittel unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel	Pflegehilfsmittelpositionnummer	Menge	Preis	vom Versicherten auszufüllen:		von der Pflegekasse auszufüllen:			
				benötigt werden:	Anzahl	genehmigt werden:	ja	nein	Anzahl
Bettschutzauflage, waschbar	51.40.01.4	1 Stück	25,50 €	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft bei Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich stimme zu, dass die unten genannte Firma meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Lieferung o.g. Pflegehilfsmittel, der Kostenübernahme sowie der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse erheben und nutzen darf. Eine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte erfolgt nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung. Bitte hinterlegen Sie die unten genannte Firma als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene, andere Lieferanten. Es ist mir bekannt, dass meine Angaben als meine Leistungsbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene, andere Lieferanten für die Zukunft widerrufen kann.

Ort/Datum _____ Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages

PG 54 Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilferechtiger

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilferechtiger

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)

SANITÄTSHAUS KEIL
MEHR GESUNDHEIT MEHR FITNESS

Sanitätshaus Keil GmbH
Saarstraße 8 | 36043 Fulda
IK Nummer: 330620113

Bringen Sie den ausgefüllten Antrag zurück zu uns!

Wir kümmern uns um alle weiteren Formalitäten.

Sie haben noch Fragen zum carepaket ?

Wir helfen Ihnen gern weiter. Rufen Sie uns an.



Servicehotline

06 61 / 250 63 - 0

info@keil-san.de
www.keil-san.de

SANITÄTSHAUS
KEIL
MEHR GESUNDHEIT MEHR FITNESS

Sanitätshaus Keil GmbH
Saarstraße 8 | 36043 Fulda
IK Nummer: 330620113