



# 2 Antrag auf Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel

gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

Felder, die mit \* gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

## 2.1

### Versicherte/r:

Frau  Herr  Vorname\*:  Nachname\*:

Straße\*:  Haus-Nr.\*:  Adresszusatz:

PLZ\*:  Ort\*:  Kunden-Nr.:

E-Mail:  Telefon\*:  Geburtsdatum\*:

Krankenkasse\*:  Pflegegrad 1  2  3  4  5

Kenn-Nr. Krankenkasse\*:  Versicherten-Nr.\*:

### Antrag auf Kostenübernahme:

Denken Sie an **Krankenkassen-** und **Versichertennummer.**

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – 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.

## 2.2

### Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

### Positionsnummer

**Empfehlung:** Kreuzen Sie alle Artikel an, die auch in Zukunft zu Ihrem Pflegebedarf passen, um so das Pflegepaket bei Bedarf einfach ändern zu können.

- |                          |                                                                                        |               |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Händedesinfektionsmittel · keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)          | 54.99.02.0001 |
| <input type="checkbox"/> | Flächendesinfektionsmittel · keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)        | 54.99.02.0002 |
| <input type="checkbox"/> | Schutzschürzen (Einmalgebrauch) · wasserfestes/abweisendes Folienmaterial              | 54.99.01.3001 |
| <input type="checkbox"/> | Schutzschürzen (waschbar) · wasserfestes/abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar) | 54.99.01.3002 |
| <input type="checkbox"/> | Einmalhandschuhe · puderfrei                                                           | 54.99.01.1001 |
| <input type="checkbox"/> | Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) · mindestens 60 x 90 cm                            | 54.45.01.0001 |
| <input type="checkbox"/> | Mundschutz (Einmalgebrauch) · Vlies, 3-lagig                                           | 54.99.01.2001 |

## 2.3

### Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

- 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.

PROMEDICA Pflegebox übernimmt Ihren Eigenanteil.

ohne zusätzliche Kosten

## 2.4

### Stückzahl wählen

### Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene

### Positionsnummer

- 1  2  3  4 Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (85 x 90 cm, Saugleistung 3600 ml/m<sup>2</sup>, 90°C waschbar) 51.40.01.41

Hiermit bevollmächtige ich die PROMEDICA24 Care Support GmbH (PROMEDICA Pflegebox) mit der Antragsstellung, 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 die PROMEDICA24 Care Support GmbH, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, die Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der PROMEDICA24 Care Support GmbH solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie die PROMEDICA24 Care Support GmbH als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Hiermit bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

Datum



Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- PG 54 bis 40,- € monatlich  PG 51 ohne Zzlg./Beihilfeberechtigter **IK #46 05 244 89**
- PG 54 bis 20,- € monatlich  PG 51 ohne Zzlg.  PG 51 mit Zzlg.  PG 51 mit Zzlg./Beihilfeberechtigter

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift