

Ausfüllhilfe 2 Antrag auf Kostenübernahme

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

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:

Personliche Daten des Versicherten

Flach: 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* **A** Versicherten-Nr.* **B**

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 Behinderteneinrichtung bis maximal die Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI)

2.2 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

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

	Positionennummer
<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
<input checked="" type="checkbox"/> Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	59.01.3001
<input checked="" type="checkbox"/> Schutzschürze	59.01.3002
<input checked="" type="checkbox"/> Einmalhandschuh	59.01.1001
<input checked="" type="checkbox"/> Bettschutzeinlage (Einmalgebrauch) - mindestens 60 x 90 cm	54.45.01.0001
<input checked="" type="checkbox"/> Mundschutz (Einmalgebrauch) - Virus, 3-lagig	54.99.01.2001

2.3 Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51) unter Absatz eines Eigenanteils von 10 u. H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 1 SGB XI vorliegt.

PROMEDICA Pflegebox übernehmen Ihren Eigenanteil

2.4 Stückzahl wählen

Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (85 x 90 cm, Saugleistung 3600 ml/m², 90°C waschbar)

1 2 3 4 Positionennummer 51.40.01.41

Hiermit bestätige ich die PROMEDICA Care Support GmbH (PROMEDICA Pflegebox) mit der Antragsstellung, Belieferung und Abholung hinsichtlich der Genehmigung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meinem aktuellen Pflegegrad in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch die PROMEDICA Care Support GmbH, weitere meine Daten zum Zweck der Leistungsantragung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert werden, die Weitergabe meiner Daten an Dritte zu betrieblernen Pflegeboxen von ihrer Geschäftsbereichsleiterin gegenüber der PROMEDICA Care Support GmbH solange die Leistungsanträge besteht. Bitte versichern Sie die PROMEDICA Care Support GmbH als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmeleistungen der Pflegeboxen und stehe ich bei bereits vorhandenen Leistungsleistungen. Hiermit bestätige ich, dass die genannten 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) **IK #46 05 244 89**

PG 54 bis 40, € monatlich PG 51 ohne Zzgl./Behinderteneinrichtung
 PG 54 bis 20, € monatlich PG 51 ohne Zzgl. PG 51 mit Zzgl. PG 51 mit Zzgl./Behinderteneinrichtung

Datum Stempel/Unterschrift

PROMEDICA Pflegebox - Tel. +49 800 20022306 - Fax +49 201 85974714 - info@promedica-pflegebox.de - www.promedica-pflegebox.de - IK #46 05 244 89

2.1

Versicherte/r:
Persönliche Daten des Versicherten



2.2

Pflegehilfsmittel
Auf dem Antrag zur Kostenübernahme sind bereits alle verfügbaren Pflegehilfsmittel ausgewählt. Dieses Vorgehen dient dazu, Ihnen bei Bedarf einen unkomplizierten Produktwechsel ermöglichen zu können – ohne den Antrag auf Kostenübernahme bei Ihrer Pflegekasse erneut stellen zu müssen.

2.3

Wiederverwendbare Bettschutzeinlage
Falls Sie die wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen auf dem Bestellformular beantragt haben, bitte ankreuzen.

2.4

Stückzahl
Kreuzen Sie außerdem an, wie viele dieser Bettschutzeinlagen Sie jährlich benötigen. PROMEDICA- Tipp: Wählen Sie 4 Bettschutzeinlagen, damit Sie diese häufiger wechseln können.

Hinweis: Datum und Unterschrift nicht vergessen

Der darunter befindliche grüne Abschnitt wird von der Pflegekasse ausgefüllt.

Wichtig!

Bitte senden Sie uns das ausgefüllte und vom Versicherten unterschriebene **Bestellformular 1 (zweiseitig)** sowie den **Antrag auf Kostenübernahme 2** zurück (bevorzugt per E-Mail).

Wir reichen Ihren Antrag auf Kostenübernahme für Sie bei Ihrer Pflegekasse ein. Sie müssen sich um nichts kümmern, wir übernehmen alles Weitere.

per E-Mail: info@promedica-pflegebox.de

per Fax: +49 201 85974714

per Post:

PROMEDICA24 Care Support GmbH
Limbecker Platz 1
45127 Essen