Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort

Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

☐ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechengröße	Menge / Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück		
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	x x x	nicht verfügbar
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latex-allergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück		
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück		
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück		
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	x x x	nicht verfügbar
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	x x x	nicht verfügbar
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	x x x	nicht verfügbar
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml		Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen.
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml		
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück		
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück		

☐ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechengröße	Menge / Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück		

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
Kowsky SANITÄTSHAUS Sanitätshaus Kowsky GmbH Havelstraße 6 24539 Neumünster	3 3 0 1 0 3 0 1 5

☐ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs:

☐ Beratung in den Geschäftsräumen

☐ Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)

☐ Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

☐ mich persönlich und/oder

☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen) beraten.

Datum der Beratung: _ _ _ _ _ _ _ _

Beratende/r Mitarbeiter/in: _____

☐ **Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.**

☐ Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

_ _ _ _ _ _ _ _ _____

Geburtsdatum Name, Vorname

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

☐ PG 54
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

☐ PG 54 Beihilfeberechtigung
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

☐ PG 51 mit Zuzahlung

☐ PG 51 ohne Zuzahlung

☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum) (IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)