

Antrag auf Kostenübernahme durch die Pflegekasse

Zur Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel
gem. §78 Abs. 1, in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB IX (Anlage 4)

Versicherte Person/pflegebedürftige Person:

Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Vorname: _____ Pflegekasse: _____
 Straße, Nr.: _____ Versicherten-Nr.: _____
 PLZ, Ort _____ Pflegestufe: 0 1 2 3

Antrag

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel der Produktgruppe PG54, bis max. 40€ (bei beihilfeberechtigten Beamten bis max. 20,00€) monatlich.

		Bitte benötigte Artikel ankreuzen und Anzahl angeben			Die grünen Felder werden von der Pflegekasse ausgefüllt		
Artikel	Einheit	ja	nein	max. Anzahl	ja	nein	Anmerkung
Saugende Bettschutzeinlage 60x90cm (Einmalgebrauch)	50 Stk.						
Einmalhandschuhe, puderfrei Größe wählbar, Latex oder Nitril	100 Stk.						
Mundschutz 3-lagig (Einmalgebrauch)	50 Stk.						
Schutzschürzen flüssigkeitsabweisend (Einmalgebrauch)	100 Stk.						
Händedesinfektionsmittel rückfettend, VAH-begutachtet	500 ml						
Flächendesinfektionsmittel alkoholfrei, VAH-begutachtet	500 ml						

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden. Die Produkte werden dauerhaft benötigt. Ändert sich mein Bedarf, werde ich dies unverzüglich mitteilen.


Ich beauftrage Herrn Frank Steffen mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte hinterlegen Sie Herrn Frank Steffen als neuen Lieferanten für meine Pflegehilfsmittel und streichen Sie meinen bisherigen Lieferanten, sofern vorhanden.
 Ich gehe keine Verpflichtungen ein und kann jederzeit die Lieferung beenden oder unterbrechen.
 Meine Daten dürfen von Herrn Frank Steffen zum Zweck der Leistungserbringung (z. Bsp. Lieferung und Abrechnung) genutzt werden.


Genehmigungsvermerk
der Pflegekasse

PG 54
bis 40,00€ monatlich

PG 54
bis 20,00€ monatlich

IK/Stempel/Unterschrift

 _____
Ort und Datum

 _____
Unterschrift der versicherten Person oder Bevollmächtigte(r)

Frank Steffen
 Fangdieckstr. 24
 22547 Hamburg
 IK 330203904
 info@inkovital.de

Antrag auf Kostenübernahme durch die Pflegekasse

Zur Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel
gem. §78 Abs. 1, in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB IX (Anlage 4)

Versicherte Person/pflegebedürftige Person:

Name: _____ Geburtsdatum: _____
 Vorname: _____ Pflegekasse: _____
 Straße, Nr.: _____ Versicherten-Nr.: _____
 PLZ, Ort: _____ Pflegestufe: 0 1 2 3

MUSTER

Antrag

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel der Produktgruppe PG54, bis max. 40€ (bei beihilfeberechtigten Beamten bis max. 20,00€) monatlich.

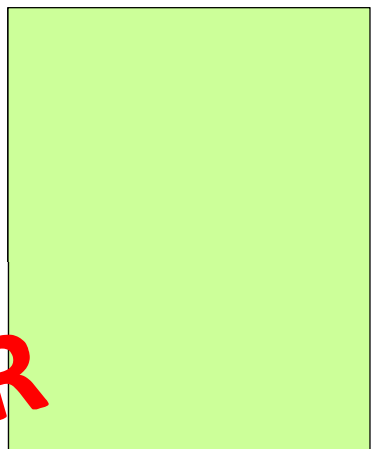
		Bitte benötigte Artikel ankreuzen und Anzahl angeben			Die grünen Felder werden von der Pflegekasse ausgefüllt		
Artikel	Einheit	ja	nein	max. Anzahl	ja	nein	Anmerkung
Saugende Bettschutzeinlage 60x90cm (Einmalgebrauch)	50 Stk.	X		50 Stk.	<div style="font-size: 3em;">}</div> <p style="color: black; font-weight: bold; margin: 0;"><i>Hier bitte angeben, welche Artikel Sie benötigen. Die Zahlen sind Beispielzahlen.</i></p>		
Einmalhandschuhe, puderfrei Größe: <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	100 Stk.	X		200 Stk.			
Mundschutz 3-lagig (Einmalgebrauch)	50 Stk.	X		50 Stk.			
Schutzschürzen flüssigkeitsabweisend (Einmalgebrauch)	100 Stk.	X		100 Stk.			
Händedesinfektionsmittel rückfettend, VAH-begutachtet	500 ml	X		1.000 ml			
Flächendesinfektionsmittel alkoholfrei, VAH-begutachtet	500 ml	X		1.000 ml			

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden. Die Produkte werden dauerhaft benötigt. Ändert sich mein Bedarf, werde ich dies unverzüglich mitteilen.

Ich beauftrage Herrn Frank Steffen mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte hinterlegen Sie Herrn Frank Steffen als neuen Lieferanten für meine Pflegehilfsmittel und streichen Sie meinen bisherigen Lieferanten, sofern vorhanden.

Ich gehe keine Verpflichtungen ein und kann jederzeit die Lieferung beenden oder unterbrechen.

Meine Daten dürfen von Herrn Frank Steffen zum Zweck der Leistungserbringung (z. Bsp. Lieferung und Abrechnung) genutzt werden.



MUSTER

X _____
 Ort und Datum

X _____
 Unterschrift der versicherten Person oder Bevollmächtigte(r)

Frank Steffen
 Fangdieckstr. 24
 22547 Hamburg
 IK 330203904
 info@inkovital.de