Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname | Geburtsdatum | Versichertennummer)

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort | Telefon | 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.**

Bitte ankreuzen	Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge/Faktor bitte eintragen	Erläuterung
	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)			Wird von Kasse ausgefüllt.	
☐	saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück		
☐	Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück		
☐	Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker 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		
☐	Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück		
☐	Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück		
☐	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	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechen-größe	Menge 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
HSP Pflegeshop GmbH Pyramidenweg 7 · 25474 Ellerbek Telefon 040 9999962-90	3 3 0 1 0 7 4 6 2

☒ 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.

→ _ _ _ _ _ _ _ _ _____

Datum — Unterschrift der/des Versicherten

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

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

❒ PG 51 mit Zuzahlung
❒ PG 51 ohne Zuzahlung
❒ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
❒ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

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

❒ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

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