

Antrag auf Kostenübernahme

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Abs. 1, in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI (Anlage 4)

Name der/des Versicherten:

Vorname:	_____	Name:	_____
Straße/Nr.:	_____	PLZ/Ort:	_____
Geb.-Datum:	_____	Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Telefon:	_____	Kundennummer:	_____
Pflegekasse:	_____	Versichertennummer:	_____

Vom Versicherten auszufüllen

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ -hygiene (PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

wird benötigt	Einheit	Artikel	Hilfsmittel-Nummer	Genehmigung Pflegekasse		
<input type="checkbox"/>	2 St.	Saugende Bettschutzeinlage 90 x 170 cm (Wiederverwendung)	51.40.01.4	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 40,00 € (bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 €) monatlich.

<input type="checkbox"/>	50 St.	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	100 St.	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	50 St.	Mundschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	100 St.	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	500 ml	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	500 ml	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	100 St.	Fingerlinge	54.99.01.0001	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein

Die genehmigten Produkte werden ab sofort und bis auf Widerruf durch den folgenden Leistungserbringer geliefert:


 MEDI - CENTER Mittelrhein GmbH IK-Nr.: 330710178
 David-Roentgen-Straße 2-4 Tel.: 0261 - 46091 - 96
 56073 Koblenz Fax: 0261 - 46091 - 55
 E-Mail: kundenservice@medi-center.de

- | | |
|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis | 40,00 € monatlich |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu | 20,00 € monatlich |
| <input type="checkbox"/> PG 51 | mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 51 | ohne Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuz. | Beihilfeberechtigung |
| <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuz. | Beihilfeberechtigung |

IK der Pflegekasse/Stempel/Unterschrift

Die gewünschten Hilfsmittel werden von mir dauerhaft benötigt und ausschließlich für die private Pflege verwendet. Die MEDI - CENTER Mittelrhein GmbH ersetzt meine bisherigen Lieferanten als Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel. Weiter beauftrage ich die MEDI - CENTER Mittelrhein GmbH, meine Kostenerstattungsansprüche gem. §40 Abs. 2 Satz SGB XI zu prüfen, zu meiner Pflegekasse weiterzuleiten, genehmigen zu lassen und direkt mit meiner Pflegekasse abzurechnen. Ich erteile mit meiner Unterschrift ebenfalls den Auftrag und die Vollmacht, den Bescheid meiner Pflegekasse entgegenzunehmen, zu prüfen und sämtliche Korrespondenz dazu mit der Pflegekasse zu übernehmen.

X

Datum, Ort

Unterschrift Pflegebedürftige(r) oder Bevollmächtigte(r)