

## 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			
<b>Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)</b>							
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechengröße	Menge eintragen	Erläuterung			
<b>Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)</b>							
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
SERIMED GmbH & Co. KG Am Waldstadion 5 07937 Zeulenroda-Triebes	3 3 1 6 0 0 7 0 3

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 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

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)