



Antrag auf Kostenübernahme

Zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI
Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen

Hand in Hand

2.1 Versicherte/r (Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder)

Herr Frau Vorname* _____ Nachname* _____
Straße, Nr.* _____ Telefon/Mobil* _____
PLZ, Ort* _____ E-Mail _____
Geburtsdatum* _____ Pflegegrad 1 2 3 4 5
Krankenkasse* _____ Pflegegrad/-stufe seit: Monat _____ Jahr _____
Versicherten-Nr.* _____ Denken Sie an Krankenkasse und Versichertennummer.

2.2 Antrag auf Kostenübernahme

Zum Verbrauch bestimmte Pflegemittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI.

2.3

Wird grundsätzlich benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
	Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch, saugend)	54.45.01.0001
	Fingerlinge	54.99.01.0001
	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
	Mundschutz	54.99.01.2001
	Schutzschürze (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
	Schutzschürzen (Wiederverwendbar)	54.99.01.3002
	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002

2.4 Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) im Wert vom 26,16 € pro Stück (1x pro Jahr) unter Abzug eines Eigenanteils von 10% soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

2.5

Stückzahl (nach Bedarf)	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Positionsnummer
1 2 3 4	Bettschutzeinlagen (Wiederverwendbar, saugend)	51.40.01.4

Hiermit bevollmächtige ich den Pflegehilfsmittel Hand in Hand mit der Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch den Pflegehilfsmittel Hand in Hand, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber dem Pflegehilfsmittel Hand in Hand, solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie den Pflegehilfsmittel Hand in Hand als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Gewünschte Produkte werden von mir ausnahmslos für die ambulante private Pflege im angegebenen Umfang bezogen.

Datum **X** _____ Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) **X** _____

Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

Bitte zurück an die Faxnummer 02365 3803529		IK 330508559
PG 54 bis 40,- € monatlich	PG 51 ohne Zzlg./Beihilfeberechtigung	
PG 54 bis 20,- € monatlich	PG 51 ohne Zzlg. PG 51 mit Zzlg. PG 51 ohne Zzlg./Beihilfeberechtigter	
Datum X _____		IK der Pflegekasse/Stempel/Unterschrift X _____