

Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- ☐ zum Verbrauch bestimmte Pflegemittel – Produktgruppe (PG54) – 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. Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikelbezeichnung	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionennummer
Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch		54.45.01.0001
Fingerlinge, puderfrei		54.99.01.0001
Einmalhandschuhe, puderfrei	☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL	54.99.01.1001
Einmalmundschutz mit Nasenbügel		54.99.01.2001
FFP2-Maske		54.99.01.5001
Schutzschürzen, Einmalgebrauch		54.99.01.3001
Esslätzchen, wiederverwendbar		54.99.01.3002
Esslätzchen, Einmalgebrauch		54.99.01.4001
Händedesinfektion		54.99.02.0001
Flächendesinfektion		54.99.02.0002
Händedesinfektionstücher		54.99.02.0014
Flächendesinfektionstücher		54.99.02.0015

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

Bezeichnung	Benötigte Stückzahl (max. 2 Stk. pro Jahr)	Pflegehilfsmittelpositionennummer
Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar		51.40.01.4

- ☐ durch folgenden Leistungsbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen
Lloyd Großverbraucherservice GmbH, Speckenbeker Weg 126a, 24113 Kiel	330100751
Lloyd Großverbraucherservice GmbH, Zum Forsthof 1, 18198 Stäbelow	331303690

Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

- ☐ Ich wurde vor der Übergabe der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber,
- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
 - welche Produkte ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs: ☐ Beratung in den Geschäftsräumen
☐ Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
☐ Beratung in der Häuslichkeit
☐ Beratungsgespräch war nicht erwünscht.

Der o. g. Leistungserbringer hat: ☐ mich persönlich und/oder
☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter*in oder Angehörige) 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 Versicherte*r bzw. ges. Vertreter*in

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|--|--|
| ☐ PG 54
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | ☐ PG 51 mit Zuzahlung |
| ☐ PG 54 Beihilfeberechtigung
bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung |
| | ☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

Datum

IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift