

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Patientenstammdaten

Vorname, Nachname*: _____ Geburtsdatum*: _____
Straße, Hausnummer*: _____ Kenn-Nr. Kasse: _____
Postleitzahl*: _____ Ort: _____ Pflegegrad*: _____
Pflegekasse*: _____ Versichertennummer*: _____
Versichertenart: _____ Vermittler: 21801 wecare24

* = Pflichtfeld

Ich beantrage die Kostenübernahme für

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)

bis maximal zum monatlichen Höchstbetrag nach §40 Abs. 2 SGB XI; bei Beihilfeberechtigung bis maximal zur Hälfte dieses Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten trage ich selbst.

BOX 1
1 Mundschutz 50 Stk.
Händedesinfektion 500 ml
Einmalhandschuhe 100 Stk.

BOX 2
2 Flächendesinfektion 1000 ml
Händedesinfektion 500 ml
Einmalhandschuhe 100 Stk.
Schutzschürzen 50 Stk.

BOX 3
3 Händedesinfektion 500 ml
Einmalhandschuhe 100 Stk.
Bettschutzeinlagen 50 Stk.
Schutzschürzen 50 Stk.

BOX 4
4 Flächendesinfektion 1000 ml
Händedesinfektion 500 ml
Bettschutzeinlagen 50 Stk.

BOX 5
5 Flächendesinfektion 1000 ml
Händedesinfektion 500 ml
Einmalhandschuhe 100 Stk.
Bettschutzeinlagen 50 Stk.

BOX 6
6 Flächendesinfektion 500 ml
Händedesinfektion 500 ml
Einmalhandschuhe 100 Stk.
Schutzschürzen 100 Stk.

ausgewählte Pflegebox: _____

Handschuhgröße: _____

wiederverwendbarer Bettenschutz (PG 51)

(falls benötigt) für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10%, soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Benötigt	Artikel der Produktgruppe 51	Pflegehilfsmittelposition-Nr
<input type="checkbox"/>	2 saugende Bettschutzeinlagen (Stückpreis: 26,16€)	51.40.01.4084

Ich beantrage die Kostenübernahme für folgenden Leistungserbringer:

Name Leistungserbringer:	IT-Labs GmbH	Postleitzahl, Ort:	90443, Nürnberg
Straße, Hausnummer:	Zollhof 7	Institutionskennzeichen:	330908597

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet und meine Daten für Abrechnungszwecke an den Dienstleister der Styra & Partner GmbH weitergeleitet werden dürfen.

Datum, Unterschrift des Versicherten bzw. Bevollmächtigten*

abweichende Lieferadresse (falls vorhanden)

Vorname, Nachname Empfänger: _____

Vorname, Nachname Antragssteller: _____

Straße, Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Informationen für die Pflegekasse

Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittelposition	zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel
54.99.01.100	Einmalhandschuhe 100 Stück
54.99.01.3001	Schutzschürren (Einmalgebrauch) 50 Stück
54.99.02.0001	Handdesinfektionsmittel 500 ml
54.99.02.0002	Flächendesinfektionsmittel 500 ml
54.99.02.0002	Flächendesinfektionsmittel 1000
54.45.01.0001	Bettenschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 50 Stück
54.99.01.2001	Mundschutz 50 Stück

Genehmigungsvermerk der Pflegekassen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal zum monatlichen Höchstbetrag nach §49 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrags nach §40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung |
| | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

Datum

IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift