

Antrag auf Kostenübernahme

für Pflegehilfsmittel

Bitte grünen Felder
ausfüllen/ankreuzen

Grauen Felder werden durch
Pflegekasse ausgefüllt

Versicherte/r Herr Frau

Name, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

Plz, Ort _____

Geburtsdatum _____

Tel, E-Mail-Adresse _____

Pflegekasse, Verisicherungsnr. _____

Pflegestufe 0 1 2 3 Datum der Bewilligung _____

Versicherte/r ist gesetzl. pflegeversichert priv. pflegeversichert

beihilfeberechtigt über Sozialamt versichert

Versicherte/r bezieht Kombinationsleistungen aus § 38 SGB XI

Pflegegeld aus § 37 SGB XI

Pflegesachleistungen § 36 SGB XI

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel (Produktgruppe PG 54) bis maximal 40,00 € bzw. bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Werden benötigt	Benötigte Anzahl/ Einheit	Artikel	Genehmigt	Anzahl
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 100 St.	Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 50 St.	Bettgeschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 500 ml	Händedesinfektion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 1 l	Händedesinfektion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 500 ml	Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 1 l	Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 50 St.	Mundschutz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 100 St.	Fingerlinge	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> x 100 St.	Schutzschürze (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen.

Ich beauftrage mycarebox.de mit der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligungen der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte hinterlegen Sie mycarebox.de als mein Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie ggf. vorhandene Lieferanten. mycarebox.de und die beauftragten Unternehmen dürfen meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten.

Genehmigungsvermerk:

- PG 54 bis € 40,00 monatlich
- PG 54 bis € 20,00 monatl. (Beihilfeberechtigt.)
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung (Beihilfeberechtigt.)
- PG 51 ohne Zuzahlung (Beihilfeberechtigt.)

Institutionskennzeichen der Pflegekasse

Datum und Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. deren Vertreter

Datum, Stempel, Unterschrift der Pflegekasse