

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Versicherte/r	<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau
Name:	Vorname:
Geb.-Datum	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Telefonnr.:	E-Mail:
Straße / Nr.:	PLZ / Ort:
Pflegekasse:	Versicherten-Nr.:

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – 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. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz / medizinische Gesichtsmasken	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen zum Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen, wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
FFP2-Masken	<input type="checkbox"/>	54.99.01.5001
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

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

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / -hygiene	Anzahl / Einheit	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar	Stück	51.40.01.4001

Hiermit beauftrage ich die Sanitätshaus Schindler GmbH mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die Sanitätshaus Schindler GmbH mit Eingang dieses Antrages als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie - sofern vorhanden - meinen bisherigen Lieferanten.

Ich bestätige, dass die beantragten Produkte zur Erleichterung meiner Pflege dienen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Die Pflegehilfsmittel werden ausschließlich für meine private Pflege verwendet. Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen. Meine Daten dürfen von der Sanitätshaus Schindler GmbH, zum Zweck der Leistungserbringung genutzt werden.

Ort, Datum und Unterschrift der / des Versicherten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter
 PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

- PG 54 bis max. des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
 PG 54 Beihilfebeihilfeberechtigung bis max. der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

IK der Pflegekasse, Datum, Stempel, Unterschrift

Sanitätshaus Schindler GmbH, Hellersdorfer Promenade 2, 12627 Berlin

Tel: 030 991 40 36 Fax: 030 991 40 48 www.sanitaetshaus-schindler.de email: info@sanitaetshaus-schindler.de

USt-Id-Nr.: DE230111739 IK-Nr.: 331101823 Bankverbindung: Santander-Bank IBAN: DE66 2013 3300 1690 2332 00 BIC: SCFBDE33XXX