

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer)

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort

Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechengröße	Menge/Faktor bitte eintragen	Erläuterung			
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)							
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>0</td><td> </td></tr></table>	1	0		Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei
1	0						
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>5</td><td> </td><td> </td></tr></table>	5			1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
5							
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>1</td><td>5</td><td> </td></tr></table>	1	5		
1	5						
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td>5</td><td>7</td><td> </td></tr></table>	5	7		
5	7						

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechengröße	Menge eintragen	Erläuterung			
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)							
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4900 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück	<table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
RegioCare UG (haftungsbeschränkt) Zita-Kaiser-Str. 3 79106 Freiburg im Breisgau	_____

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

Form des Beratungsgesprächs:

- Beratung in den Geschäftsräumen
- Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
- Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

- mich persönlich und/oder
- meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen) 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 Kostenübernahmeverklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse	
<input type="checkbox"/> PG 54	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung
nach § 40 Absatz 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
<input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
(Datum)	(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Der Antragsteller hat über die Webapplikation <https://box.pflegebox.de> die Beratung aus folgendem Grund abgelehnt:

Bereits informiert.

