

Pflegehilfsmittel

Antrag auf Kostenübernahme

Karl-Apotheke, Inh.: Nikoletta Gemenetzi e.K., Karlstr. 18, 76133 Karlsruhe, Telefon: 0721-26740, Email: kontakt@karl-apotheke.de



1 Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen* – *Pflichtangaben! Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Vorname:*

Nachname:*

Straße:*

Postleitzahl + Wohnort:*

Telefonnummer:*

Geburtsdatum:* (Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)

Pflegekasse:*

Versicherten-Nr.:* (Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)

2 Ich beantrage die Kostenübernahme für

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis maximal 40 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bitte ankreuzen	Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
<input checked="" type="checkbox"/>	Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input checked="" type="checkbox"/>	Fingerlinge puderfrei	54.99.01.0001
<input checked="" type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe puderfrei	54.99.01.1001
<input checked="" type="checkbox"/>	Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
<input checked="" type="checkbox"/>	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input checked="" type="checkbox"/>	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
<input checked="" type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0001
<input checked="" type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0002

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

Benötigte Stückzahl	Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
2-3	Saugende Bettschutzeinlagen wasch- und wiederverwendbar	51.40.01.4489

4 Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Name & Anschrift:	Institutionskennzeichen:
Karl-Apotheke Karlstr. 18, 76133 Karlsruhe	306904471

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- PG 54 bis € 40 monatlich PG 54 bis € 20 monatlich PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r) PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel / Unterschrift