

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Geb.-Datum:	Pflegestufe: keine <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Telefon:	E-Mail:	
Pflegekasse:	Versicherten-Nr.:	

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal € 40,- monatlich/bei Beihilfeanspruch € 20,- monatlich, wie nachstehend aufgeführt

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)		Vom Versicherten auszufüllen			Von der Pflegekasse auszufüllen		
Artikel	Einheit	ja	nein	Anzahl	ja	nein	Bemerkung
Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	50 Stk.						
Einmalhandschuhe , puderfrei Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	100 Stk.						
Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	50 Stk.						
Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	100 Stk.						
Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	500 ml						
Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	500 ml						

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (Produktgruppe 51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)		Vom Versicherten auszufüllen			Von der Pflegekasse auszufüllen		
Artikel	Einheit	ja	nein	Anzahl	ja	nein	Bemerkung
Saugende Bettschutzeinlage , waschbar (Wiederverwendung)	1 Stk.						

Ich beauftrage die mediparts GmbH mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die mediparts GmbH, mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie - sofern vorhanden - meinen bisherigen Lieferanten.

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

X

Datum, Ort

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis € 40,00 monatlich
 PG 54 bis € 20,00 monatlich
 PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)

Datum: _____

IK der Pflegekasse/Stempel/Unterschrift: _____



Folgen Sie uns auf Facebook!
www.facebook.com/mediparts24.de