

2 Ihr Antrag auf Kostenübernahme

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI)

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Frau Herr Vorname: _____ Nachname: _____
 Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
 Geb.-Datum: _____ Pflegegrad: 1 2 3 4 5
 Telefon: _____ E-Mail: _____
 Pflegekasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Antrag auf Kostenübernahme

für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI/Beihilfsberechtigung 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 (PG 54)	bitte ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001

für Pflegehilfsmittel unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene (PG 51)	bei Bedarf ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
2 saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	51.40.01.4

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs teile ich mit. Ich bevollmächtige die Fa. Seeger, die Abrechnung der Kosten für die Pflegemittel direkt gegenüber der Pflegekasse vorzunehmen. Ich stimme zu, dass die unten genannte Firma meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Lieferung o.g. Pflegehilfsmittel, der Kostenübernahme sowie der Abrechnung der Kosten erheben, speichern und nutzen sowie an meine Pflegekasse übermitteln darf. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Bitte hinterlegen Sie die unten genannte Firma mit Eingang dieses Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene andere Lieferanten.

X

Ort _____ Datum _____ Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten _____

Ihr Leistungserbringer:

Seeger hilft Sanitätshaus Seeger hilft GmbH & Co. KG
 Döbelner Straße 1-5
 12627 Berlin
 IK: 331120143

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- PG 54 bis max. des monatl. Höchstbetrages
- PG 54 Beihilfenberechtigung bis max. der Hälfte des monatl. Höchstbetrages
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

Datum _____ (IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift) _____