

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI

Antrag auf Kostenübernahme

.....
 (Vorname, Name)

(Geburtsdatum)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

.....
 (Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages (40 €) nach § 40 Abs. 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages (20 €) nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel der Produktgruppe 54	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch		54.45.01.0001
Fingerlinge		54.99.01.0001
Einmalhandschuhe		54.99.01.1001
Mundschutz		54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch		54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel		54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel		54.99.02.0002

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

Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen – wieder verwendbar	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer:

Malteser Hilfsdienst gGmbH, Erna-Scheffler-Straße 2, 51103 Köln,
 IK-Nr. 500 504 884

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. Des Weiteren willige ich darin ein, dass meine Gesundheitsdaten für den zweck der Beantragung der Kostenübernahme verarbeitet werden dürfen.



Malteser

...weil Nähe zählt.

Die Datenschutzerklärung der Malteser in ausführlicher Form habe ich erhalten und kann eine ausführliche Beschreibung zu den mir zustehenden Betroffenenrechten jederzeit einsehen unter <http://www.malteser.de/datenschutz>

Datum

Unterschrift der/des Versicherten oder Bevollmächtigten)

WIRD VON DER PFLEGEKASSE AUSGEFÜLLT!

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54

Bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 54 - Beihilfeberechtigung

Bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung /
Beihilfeberechtigung

PG 51 ohne Zuzahlung
Beihilfeberechtigung

Datum

IK-Nummer der Pflegekasse

Stempel und Unterschrift