# 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 Höchstbe- trages 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 | Rechen- größe | Menge/Fak- tor bitte  eintragen | | | | | Erläuterung |
| Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) | | | | | | | | |
| saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch | 54.45.01.0001 | 1 Stück |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | |
| Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker la- texfrei, unsteril) | 54.99.01.0001 | 1 Stück |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | |
| Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergi-  ker latexfrei, unsteril) | 54.99.01.1001 | 1 Stück |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | |
| Medizinische Gesichtsmasken | 54.99.01.2001 | 1 Stück |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | |
| Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder ver-  gleichbare Masken) | 54.99.01.5001 | 1 Stück |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | |
| Schutzschürzen - Einmalgebrauch | 54.99.01.3001 | 1 Stück |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | |
| Schutzschürzen - wiederverwendbar | 54.99.01.3002 | 1 Stück |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | |
| Schutzservietten zum Einmalgebrauch | 54.99.01.4001 | 1 Stück |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | |
| Händedesinfektionsmittel | 54.99.02.0001 | 100 ml |  |  |  |  |  | Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den  Faktor 10 eintragen |
|  | | | | |
| Flächendesinfektionsmittel | 54.99.02.0002 | 100 ml |  |  |  |  |  |
|  | | | | |
| Händedesinfektionstücher | 54.99.02.0014 | 1 Stück |  |  |  |  |  |  |
| Flächendesinfektionstücher | 54.99.02.0015 | 1 Stück |  |  |  |  |  |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bezeichnung | Pflegehilfsmittelpositionsnummer | Rechen-  größe | Menge ein-  tragen | | | | | Erläuterung |
| Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51) | | | | | | | |  |
| Saugende Bettschutzeinlagen –  wiederverwendbar | 51.40.01.4  (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!) | 1 Stück |  |  |  |  |  |  |
|  | | | | |

durch folgenden Leistungserbringer:

|  |  |
| --- | --- |
| Name und Anschrift (Stempel) | Institutionskennzeichen |
|  |  |

* 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 Ange- hörigen)

beraten.

Datum der Beratung:

Beratende/r Mitarbeiter/in:

* Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte aus- nahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtun- gen 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 Kostenübernahmeerklärung 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

* PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages

nach § 40 Absatz 2 SGB XI

* PG 51 mit Zuzahlung
* PG 51 ohne Zuzahlung
* PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
* PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
* PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Bezeichnung | Pflegehilfsmittelpo- sitionsnummer | Stückzahl bzw. Packungen | Gesamtpreis ohne MwSt. | Gesamtpreis mit MwSt. |
| Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) | | | | |
| saugende Bettschutzeinlagen – wieder- verwendbar | 51.40.01.4 | Stück |  |  |
| Gesamtpreis | | |  |  |

Ich darf die überlassenen Pflegehilfsmittel keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber- hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen. Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten. Wei- terhin bin ich darauf hingewiesen worden, dass ich die erhaltenen Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwenden darf.

Datum und Unterschrift der/des Versicherten\*

\*