

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 Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüberhinausgehende 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	X	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	X	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	X	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	X	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	X	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	X	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	X	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	X	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	X	Bei 500 ml bitte den Faktor 5, bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen.
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	X	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	X	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	X	



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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechen-größe	Menge bitte eintragen	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 (IK)
Apotheke Otto Weitzel Rathausstraße 34 68519 Viernheim	Apotheken-IK: 305207987

- ☐ 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 Angehörigen)
- beraten.

Datum der Beratung:

Beratende/r Mitarbeiter/in:

☐ **Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen 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. darüberhinausgehende 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 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte 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

Datum

IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift

Apotheke Otto Weitzel
Szymon Kielar, e.K.
Apotheken-IK: 305207987

Rathausstraße 34
68519 Viernheim
Tel: 06204/8998

Fax: 06204/1669
eMail: info@apoweitzel.de