

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)

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname	Nachname
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Geb.Datum	Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Telefon	E-Mail	
Pflegekasse	Versicherten-Nr.	

Antrag auf Kostenübernahme

für Pflegehilfsmittel (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 € v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel (PG 51)		Vom Versicherten auszufüllen			Von der Pflegekasse auszufüllen		
Artikel	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	benötigt werden:			genehmigt werden:		
		JA	NEIN	Anzahl/Einheit	JA	NEIN	Anzahl/Einheit
Bettschutzauflage, waschbar	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 verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen. Ich beauftrage die Sanitätshaus Lettermann GmbH mit der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme, sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse.

Ort, Datum

X

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages _____ Datum

PG 54 Beihilfenberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages _____ Datum

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter _____ Datum

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter _____ Datum

IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift

Antrag auf Kostenübernahme

So füllen Sie Ihren Antrag richtig aus. ✓

1. Persönliche Daten des zu Pflegenden

2. Damit Sie zukünftig zwischen allen Produkten frei wählen und ggf. zwischen den Paketen wechseln können ist es notwendig, dass Sie möglichst alle Produkte auswählen, auch wenn Sie diese jetzt noch nicht beziehen wollen

3. Benötigen Sie auch waschbare Bett-
schutzauflagen, dann kreuzen Sie bitte „Ja“ an und geben die Menge an

4. Ort/Datum und Unterschrift

5. Diese Bereiche nicht ausfüllen.
Diese Bereiche werden von Ihrer Pflegekasse ausgefüllt

The image shows a sample of the 'Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln' form. The form is titled 'Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln' and features the Lettermann logo with the tagline 'Ihr Partner im Gesundheitswesen' and 'Wir sind für Sie da!'. The form is divided into several sections, with numbered arrows indicating the completion steps: 1. Personal data of the person being cared for; 2. Selection of products; 3. Selection of washable bed protection; 4. Location, date, and signature; 5. Areas to be filled by the nursing insurance. The form includes a table for product selection and a section for the caregiver's signature and date.



ACHTUNG: Den ausgefüllten Antrag auf Kostenübernahme in den beiliegenden Freumschlag geben und abschicken

Haben Sie
Fragen?
Kostenlose
Servicehotline
021 62/3 73 97 55



Lettermann
Ihr Partner im Gesundheitswesen
Wir sind für Sie da!

Sanitätshaus Lettermann GmbH
Helmholtzstraße 27, 41747 Viersen
care@lettermann.de