

Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

Versichte/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 zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI/ Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (PG 54)		Vom Versicherten auszufüllen			Von der Pflegekasse auszufüllen			
Artikel	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	benötigt werden:			genehmigt werden:			genehmigt bis:
		JA	NEIN	Anzahl/Einheit	JA	NEIN	Anzahl/Einheit	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001							
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002							
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001							
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002							
Saugende Bettschutzauflagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001							
Fingerlinge	54.99.01.0001							
Mundschutz	54.99.01.2001							
Einmalhandschuhe, Größe S	54.99.01.1001							
Einmalhandschuhe, Größe M	54.99.01.1001							
Einmalhandschuhe, Größe L	54.99.01.1001							
Einmalhandschuhe, Größe XL	54.99.01.1001							

Ort, Datum



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 form titled 'Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln' from Lettermann. The form is divided into several sections. Blue arrows point to sections 1, 2, 3, and 4, which correspond to the instructions on the left. Orange arrows point to section 5, which is marked with a red 'X' and indicates areas not to be filled out. The form includes fields for personal data, product selection, and a signature area.



ACHTUNG: Den ausgefüllten Antrag auf Kostenübernahme in den beiliegenden Freiumschlag 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