

Versicherte/r (vom Versicherten oder Bevollmächtigten auszufüllen)

Herrn/Frau	Vorname	Nachname
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Pflegegrad 1 2 3 4 5
Telefon		E-Mail

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	Menge/Einheit	Preis	benötigt werden:			genehmigt werden:			genehmigt bis:
				ja	nein	Anzahl	ja	nein	Anzahl	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	500 ml	8,50 €							
		1000 ml	18,50 €							
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	500 ml	8,00 €							
		1000 ml	15,60 €							
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001	100 Stück	19,90 €							
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	28,20 €							
forma-care Bettschutzauf-lagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001	30 Stück	15,00 €							
Fingerlinge	54.99.01.0001	100 Stück	6,50 €							
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	100 Stück	12,00 €							
Mundschutz	54.99.01.2001	10 Stück	2,90 €							
FFP2 Masken	54.99.01.2001	5 Stück	11,50 €							
Schutzlätzchen, Einmalgebr.	54.99.01.5001	50 Stück	6,75 €							

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

Körperpflege / Körperhygiene (PG 51)				vom Versicherten auszufüllen:			von der Pflegekasse auszufüllen:			
Artikel	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Menge/Einheit	Preis	benötigt werden:			genehmigt werden:			genehmigt bis:
				ja	nein	Anzahl	ja	nein	Anzahl	
Bettschutzaufgabe, waschbar	51.40.01.4	1 Stück	26,16 €							

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 Ihnen sofort mitteilen. Ich stimme zu, dass die unten genannte Firma meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Lieferung o.g. Pflegehilfsmittel, der Kostenübernahme sowie der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse erheben und nutzen darf. Eine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte erfolgt nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung. Bitte hinterlegen Sie die unten genannte Firma mit Eingang dieses Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene, andere Lieferanten. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort/Datum

Unterschrift der / des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages
- PG 54 Beihilfenberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfenberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfenberechtigter

Bitte senden Sie dem Sanitätshaus Wurster den genehmigten Antrag zurück damit eine schnelle Bearbeitung gewährleistet werden kann.



Antrag auf Kostenübernahme

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 Bettschutzauflagen, 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.

Ihr 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 auszufüllen)

Herr/Frau / Vorname: _____ Nachname: _____
 Straße / Nr.: _____ PLZ / Ort: _____
 Geburtsdatum: _____ Pflegestufe: _____
 Telefon: _____ E-Mail: _____
 * Die Pflegestufe 0 gibt es für Menschen mit ... (geringerer) Alltagskompetenz z.B. wegen einer Demenz. Auch bei Pflegestufe 0 besteht ein gesetzlicher Anspruch auf die Kostenübernahme von Pflegehilfsmitteln.

Antrag auf Kostenübernahme
für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) + bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / Behilfsberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinaus geltende Kosten werden vom mir selbst getragen.

Artikel	Pflegehilfsmittelpositionnummer	Menge/Einheit	Preis	vom Versicherten auszufüllen:		von der Pflegekasse auszufüllen:	
				benötigt werden:	Anteil	genehmigt werden:	Anteil
Händedesinfektionsmittel	54 99 02 0001	500 ml	8,22 €	ja / nein	Anteil	ja / nein	Anteil
Flächendesinfektionsmittel	54 99 02 0002	1000 ml	12,42 €	ja / nein	Anteil	ja / nein	Anteil
Schutzschürzen	54 99 02 3001	1000 ml	6,16 €	ja / nein	Anteil	ja / nein	Anteil
Einmalgebrauch Schutzschürzen	54 99 02 3002	100 Stück	23,34 €	ja / nein	Anteil	ja / nein	Anteil
wiederverwendbar Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	54 99 01 3002	1 Stück	25,65 €	ja / nein	Anteil	ja / nein	Anteil
Einmalhandschuhe	54 99 01 0001	50 Stück	21,54 €	ja / nein	Anteil	ja / nein	Anteil
Einmalhandschuhe	54 99 01 0002	100 Stück	9,64 €	ja / nein	Anteil	ja / nein	Anteil
Mundschwamm	54 99 01 1001	100 Stück	7,18 €	ja / nein	Anteil	ja / nein	Anteil
Mundschwamm	54 99 01 2001	50 Stück	7,18 €	ja / nein	Anteil	ja / nein	Anteil

Körperpflege / Körperhygiene (PG 51)

Bettschutzauflage, waschbar: _____ Menge/Einheit: 1 Stück Preis: 25,50 €

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen personenbezogenen Daten im Rahmen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort in der Pflegekasse erheben und nutzen darf. Eine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte ist mir bekannt, dass ich ... bringe ... und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene, andere Lieferanten. Es ist mir bekannt, dass ich ... ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort/Datum: _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (vom Pflegekasse auszufüllen)

PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
 PG 54 Behilfsberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/Behilfsberechtigter
 PG 51 ohne Zuzahlung/Behilfsberechtigter

Bitte senden Sie dem Sanitätshaus Wurster den genehmigten Antrag zurück damit eine schnelle Bearbeitung gewährleistet werden kann.

wurster
Das Gesundheitshaus mit Rat und Tat
Sanitätshaus Wurster GmbH
Robert-Bürkle-Str. 34
72250 Freudenstadt
IK Nummer: 330820104

Bringen Sie den ausgefüllten Antrag zurück zu uns!

Wir kümmern uns um alle weiteren Formalitäten.

Sie haben noch Fragen zum carepaket ?

Wir helfen Ihnen gern weiter. Rufen Sie uns an.



Servicehotline
074 41 - 88 95 - 0

info@wurster-rehazentrum.de
www.@wurster-rehazentrum.de