



ANTRAG KOSTENÜBERNAHME PFLEGEPAKET

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

(Name, Vorname) (Geburtsdatum) (Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI (40,00 €) / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Menge / Preis	ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	50 St (21,54 €)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	100 St (5,64 €)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	100 St (7,18 €)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	50 St (7,18 €)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	100 St (13,34 €)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar	1 St (25,65 €)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	500 ml (8,21 €)	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	500 ml (6,16 €)	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.**

benötigte Stückzahl	Menge / Preis	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	1 St (26,16 €)	saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4

- durch den folgenden Leistungserbringer:**

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
Alexianer Werkstätten GmbH Münster, Alexianerweg 49, 48163 Münster	330506897

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PG 54
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung
bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung |
| | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte*r |
| | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte*r |

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)



IN ZWEI SCHRITTEN ZUM KOSTENLOSEN PFLEGEPAKET

1. FORMULAR AUSFÜLLEN

Formular „BESTELLUNG DES PFLEGEPAKETES“

- gewünschtes Pflegepaket auswählen
- Lieferinformationen angeben

Formular „ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME“

- Patienteninformation eintragen
- Pflegehilfsprodukte auswählen für die Kostenübernahme
- Unterzeichnen
- Formular unterschrieben mit dem beiliegenden Briefumschlag zurücksenden

2. FORMULAR ABSENDEN

Bitte senden Sie und die ausgefüllten Formulare zurück. Dafür haben Sie die unten aufgeführten Optionen. Für den Fall, dass Sie die Unterlagen per Post zurücksenden möchten, haben wir einen Rücksendeumschlag beigefügt.

Fax 02504 9857361

E-Mail pflegepakete@alexianer.de

Post AlexOffice
Münsterstr. 32
48291 Telgte

Sobald wir Ihre Formulare erhalten haben, kümmern wir uns um die Kommunikation und Abwicklung mit der Pflegekasse und den Versand des Pflegepakets.