2 Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

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

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Kaiser Cares GmbH
all about health & care

IK-Nummer: 330507570

Versicherte(r) / Pflegebedürftige(r)

Kunden-Nummer:

☐ Frau ☐ Herr

Vorname:

Nachname:

Straße, Haus-Nr.:

Adresszusatz:

PLZ/Ort:

E-Mail:

Telefon/Mobil:

Geburtsdatum:

Kenn-Nr. Pflegekasse:

Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Pflegekasse:

Versicherten-Nr.:

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis max. zum monatlichen Höchstbetrag nach §40 Abs. 2 SGB XI, bei Beihilfeberechtigung bis max. zur Hälfte dieses Höchstbetrages. Darüber hinausgehende Kosten trage ich selbst.

Bitte Inhalte Ihrer Box ankreuzen	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositions-Nr.
☐	Einmalhandschuhe	54.99.01.0001
☐	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
☐	Mundschutz	54.99.01.2001
☐	Handdesinfektionsmittel	54.99.02.0001
☐	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
☐	Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001

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

Bitte wie gewählt ankreuzen	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (pro Stück 26,16 €)	Pflegehilfsmittelpositions-Nr.
☐	2 wiederverwendbare Bettschutzeinlagen	51.40.01.4___

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 und dauerhaft benötigt werden. Bitte verzeichnen sie die Kaiser Cares GmbH, Weseler Straße 9, 46519 Alpen, als Leistungserbringer der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme. Die Kaiser Cares GmbH darf meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und nutzen sowie zur Durchführung des Antragsverfahrens und der Abrechnung an die opta data Finance GmbH übermitteln.

Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

☐ PG 54 bis maximal zum monatlichen Höchstbetrag nach §40 Abs. 2 SGB XI

☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI

☐ PG 51 mit Zuzahlung

☐ PG 51 ohne Zuzahlung

☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift