



pflegehilfsmittel
gratis in Deutschland

in Kooperation mit:



Ihr Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI und §127 SGB V

412

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Frau	Herr	Vorname	Nachname
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Geb.-Datum		Pflegegrad vorhanden	ja nein
Telefon		E-Mail	
Pflegekasse		Versicherten-Nr.	

Ich beantrage die 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 hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzauflagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe - Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen, wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Einmalschutzlätzchen	<input type="checkbox"/>	54.99.01.4

- für saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar (Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51)) unter Abzug des gesetzlichen Eigenanteils, soweit keine Befreiung vorliegt.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer: unizell Medicare GmbH, Pohnsdorfer Str. 3, 23611 Bad Schwartau, IK-Nr. 330100900

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.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.



Hier unterschreiben

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 Datum _____

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter (IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)

unizell Medicare GmbH
Pohnsdorfer Straße 3
23611 Bad Schwartau
IK-NR.: 330100900

