

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Vorname	Nachname
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Geb.-Datum		Pflegegrad vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon		E-Mail	
Pflegekasse		Versicherten-Nr.	
Versicherungsart: <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> über Sozialamt/Ortsamt			

Ich beantrage die Kostenübernahme

für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / 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 (PG 54)	Pflegehilfsmittelpositionen-Nr.	Rechengröße	Lieferinhalt	Faktor	Erläuterung
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	30 Stück		Bitte unter Faktor gewünschte Menge eintragen!
Fingerlinge - Größe: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	54.99.01.0001	1 Stück	100 Stück		
Einmalhandschuhe - Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	54.99.01.1001	1 Stück	100 Stück		
Medizinischer Mundschutz, 3-lagig	54.99.01.2001	1 Stück	50 Stück		Zum Beispiel
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 o. vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	5 Stück		Bettschutz Einmalgebrauch
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	50 Stück		Faktor 30 = 1 x 30 Stk.
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1 Stück		Faktor 60 = 2 x 30 Stk. usw.
Einmalschutzserviette, 37 x 66 cm	54.99.01.4001	1 Stück	50 Stück		
Händedesinfektionsmittel:	54.99.02.0001	100 ml	500 ml		Bei 500 ml bitte Faktor 5 und bei 1000 ml bitte Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel:	54.99.02.0002	100 ml	500 ml		
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	20 Stück		
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	60 Stück		

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/waschbar, 85 x 90 cm / 2 x 45 cm	51.40.01.4

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

Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind, die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs: Beratung in den Geschäftsräumen Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat) Beratung in der HäuslichkeitDer o. g. Leistungserbringer hat mich persönlich und/oder meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen) beraten.

Datum: _____ Beratende/r Mitarbeiter/in: _____

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.

QR Code scannen,
ausgefüllten Antrag
abfotografieren und
uns direkt schicken!

Hier unterschreiben

Ort/Datum _____ Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten,
gesetzl. Vertreter bei Personen unter 18 Jahren

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

<input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI	
<input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfenberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI	Datum _____
<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung	
<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung	
<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter	
<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter	(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift) _____

Leistungserbringer mit IK-Nr.:

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

unizell