

# Antrag auf Kostenübernahme



MEDIHANDEL GmbH  
Boschstraße 16 · 47533 Kleve

eMail:  
info@medihandel.de



## Pflegekasse:

Name, Vorname des Versicherten

Straße / PLZ / Ort

Geburtsdatum

Versicherungsnummer

Vorwahl/Telefon

IK

IK Nummer MEDIHANDEL

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Gebrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) nach SGB XI, § 40 Abs.2 bis max. 40€ monatlich / Beihilfeanspruch 20,-€ monatlich.

**Mehrkosten zahle ich selbst.**

Artikel	Menge	ankreuzen	Hilfsmittelnummer
saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch	50 Stck.	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0002
Fingerlinge	100 Stck.	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	100 Stck.	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	100 Stck.	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Einmal - Schutzschürzen	100 Stck.	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	1 Stck.	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektion	500ml	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektion	1000ml	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40, Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	1 Stck.	<input type="checkbox"/>	51.40.01.5
--	---------	--------------------------	------------

Hiermit wird bestätigt, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden. Die Kosten können vom Leistungserbringer direkt mit der Pflegekasse gegen Vorlage der Empfangsbescheinigung/Versandbestätigung abgerechnet werden (VdaK 1.5.02)

Datum, Unterschrift der/des Pflegebedürftigen  
bzw. deren ges. Vertreter/Betreuer

genehmigt bis

Datum, IK, Stempel, Unterschrift der Pflegekasse

- PG 54 bis zu 40 € monatlich
- PG 54 bis zu 20,- € monatlich

- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

# Kostenlose Pflegehilfsmittel zu Ihnen nach Hause!



## Kennen Sie Ihren Anspruch auf Pflegehilfsmittel?

Jeder Pflegebedürftige,

- mit einer Pflegestufe **0, I, II** oder **III**,
- der zu Hause oder in einer Wohngemeinschaft lebt
- und privat gepflegt wird,

hat nach SGB XI §40 einen gesetzlichen Anspruch auf Pflegehilfsmittel. Die Pflegekasse übernimmt jeden Monat die Kosten für „zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel“ bis 40,- € pro Monat. **Es fallen keine Kosten für Sie an.**



## und so funktioniert's bei



- 1** Senden Sie uns das beiliegende ausgefüllte Antragsformular zu.
- 2** Ihr Antrag wird durch die Pflegekasse genehmigt.
- 3** Nach der Genehmigung durch die Pflegekasse senden wir Ihnen Ihre gewünschte Pflegebox kostenlos nach Hause. Möchten Sie den Inhalt Ihrer Pflegebox verändern, teilen Sie uns Ihren Änderungswunsch bitte schriftlich oder telefonisch mit.
- 4** Zusätzliche Antragsformulare senden wir Ihnen auf Anfrage zu.
- 5** Fragen beantworten unsere zuständigen Mitarbeiter unter 02821 99788-0.



MEDiHANDEL GmbH

Boschstr. 16 · 47533 Kleve · Tel.: 02821/99788-0 · Fax: 02821/99788-218 · eMail: info@medihandel.de