

# PFLEGE ZU HAUSE

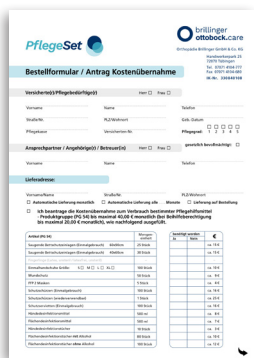
## Anspruch auf Pflegehilfsmittel – kostenfreie Lieferung nach Hause!

Sie haben unter bestimmten Voraussetzungen (**Pflegegrad liegt vor**) einen gesetzlich geregelten Anspruch auf Pflegehilfsmittel, die zur täglichen Versorgung eines Pflegebedürftigen zu Hause erforderlich sind.

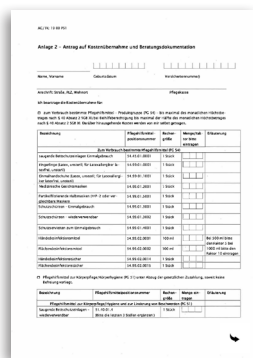
Im Rahmen dieser Regelung können Sie monatlich Pflegehilfsmittel im Wert von **bis zu 40,00 € kostenlos** beziehen. Als zusätzlichen Service bieten wir Ihnen die Möglichkeit, sich bezüglich der Pflegehilfsmittel telefonisch beraten und sich diese dann kostenlos nach Hause schicken zu lassen.

## Was müssen Sie tun, damit wir Ihnen die Pflegehilfsmittel nach Hause schicken können?

1. Tragen Sie auf dem **Bestellformular / Antrag Kostenübernahme** sowie **Anlage 2** Ihre persönlichen Daten ein.
2. Kreuzen Sie auf dem **Bestellformular / Antrag Kostenübernahme** sowie **Anlage 2** an, welche Pflegehilfsmittel Sie benötigen.
3. Schicken Sie das Formular im beigelegten Rückumschlag portofrei an uns zurück.



Bestellformular / Antrag Kostenübernahme



Anlage 2



**Sie haben noch Fragen?  
Wir sind persönlich für Sie da!**

**Montag – Freitag  
08.00 – 12.00 Uhr  
13.00 – 16.30 Uhr**

**Hotline: 07071 4104-777**



## Bestellformular / Antrag Kostenübernahme

Versicherte(r)/Pflegebedürftige(r)

Herr  Frau

Vorname .....

Name .....

Telefon .....

Straße/Nr. ....

PLZ/Wohnort .....

Geb.-Datum .....

Pflegekasse .....

Versicherten-Nr. ....

Pflegegrad:  1  2  3  4  5

Ansprechpartner / Angehörige(r) / Betreuer(in)

Herr  Frau

gesetzlich bevollmächtigt:

Vorname .....

Name .....

Telefon .....

### Lieferadresse:

Vorname/Name .....

Straße/Nr. ....

PLZ/Wohnort .....

Automatische Lieferung monatlich  Automatische Lieferung alle ..... Monate  Lieferung auf Bestellung

Ich beantrage die Kostenübernahme zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) bis maximal 40,00 € monatlich (bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 € monatlich), wie nachfolgend ausgefüllt.

Artikel (PG 54)	Mengen- einheit
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 60x90cm	25 Stück
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 40x60cm	30 Stück
Fingerlinge (Latex, unsteril / latexfrei, unsteril)	-
Einmalhandschuhe Größe: S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/>	100 Stück
Mundschutz	50 Stück
FFP 2 Masken	5 Stück
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 Stück
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	1 Stück
Schutzservietten (Einmalgebrauch)	100 Stück
Händedesinfektionsmittel	500 ml
Flächendesinfektionsmittel	500 ml
Händedesinfektionstücher	10 Stück
Flächendesinfektionstücher mit Alkohol	80 Stück
Flächendesinfektionstücher ohne Alkohol	100 Stück

benötigt werden		€
Ja	Nein	
		ca. 15 €
		ca. 15 €
		-
		ca. 10 €
		ca. 9 €
		ca. 4 €
		ca. 16 €
		ca. 25 €
		ca. 16 €
		ca. 8 €
		ca. 7 €
		ca. 3 €
		ca. 10 €
		ca. 12 €



Ich beantrage die Kostenübernahme für:

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

Artikel (PG 51)	Mengen- einheit
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	Stück

benötigt werden		Anzahl/Einheit max. 2 im Jahr
Ja	Nein	

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) 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.

**X** \_\_\_\_\_  
Datum

**X** \_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

**Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer)

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort

Pflegekasse

**Ich beantrage die Kostenübernahme für:**

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge/Fak-tor bitte eintragen	Erläuterung
<b>Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)</b>				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechen-größe	Menge ein-tragen	Erläuterung
<b>Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)</b>				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	



durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen											
	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>											

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 Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

- mich persönlich und/oder
- meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

beraten.

Datum der Beratung:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Beratende/r Mitarbeiter/in:

---

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) 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.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

\*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

<p><b>Genehmigungsvermerk der Pflegekasse</b></p> <p><input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI</p> <p><input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI</p> <p>(Datum)</p>	<p><input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung</p> <p><input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung</p> <p><input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter</p> <p><input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter</p> <p>(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------