Antrag auf Kostenübernahme Pflegehilfsmittel (PG 54)

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel gemäß §78 Abs. 1, in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI (Anlage 4) – nach dem jeweiligen gesetzlichen PHM Höchstbetrag (40 €).

Name der/des Versicherten:	
Vorname:	Nachname:
Straße/Nr.:	PLZ/Ort:
Geb.-Datum:	Pflegegrad: 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐
Telefon:	Mobil-Nr.:
Pflegekasse:	Versichertennr.:

Bedarf vom Versicherten anzukreuzen:		
Artikel / Produkte	**Pflegehilfsmittelpositionsnr.**	**Anzahl**
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch 60x90 cm, 25er VPE	54.45.01.0001	
Einmalhandschuhe, 100er VPE (S☐ M☐ L☐ XL☐)	54.99.01.1001	
Mundschutz, 50er VPE (3-lagig) [FFP2 variiert]	54.99.01.2001	
Händedesinfektionsmittel, 500ml	54.99.02.0001	
Flächendesinfektionsmittel, 500ml	54.99.02.0002	

Hiermit wird von mir (o. g. Person) bestätigt, dass ich von keinem anderen Leistungserbringer Pflegehilfsmittel beziehe. Ich bin darüber aufgeklärt und einverstanden, dass bestellte Mengen, die den Pflegehilfsmittelhöchstbetrag übersteigen, mir in Rechnung gestellt werden dürfen. Diese Kosten sind von mir selbst zu tragen.

Mit diesem Pflegehilfsmittelantrag bestätige ich, dass ich zukünftig nur noch vom Sanitätshaus Kowsky GmbH die monatliche Pflegehilfsmittelversorgung geliefert bekommen möchte. Bisherige Leistungserbringer habe ich aktiv darüber informiert und eine Kündigung ausgesprochen.

Bei Ablehnung des Pflegehilfsmittelantrags und von mir gewünschter Vorablieferung, werden die entstandenen Kosten mir in Rechnung gestellt.

Datum, Unterschrift von o. g. Person oder Vertreter/Betreuer /-in

Von der Pflegekasse auszufüllen:		
Genehmigung PHM Antrag	o bis zum gesetz. Höchstbetrag	o Anteilig 50% und 50 % Beihilfe
IK-Nr. der PK:		
Datum, Stempel, Unterschrift der Pflegekasse:		