

# Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel



§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

Frau  Herr |  gesetzlich vers.  privatversichert

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Telefon

Straße + Hausnummer

PLZ + Ort

Name der Pflegekasse

Versichertennummer

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe PG 54) bis maximal 40,00 € bzw. bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich.

Verbrauchshilfsmittel (PG 54)		vom Versicherten auszufüllen		von der Pflegekasse auszufüllen	
Artikel	Einheit	Benötigt	Menge	genehmigt	Menge
saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	50 Stk.	<input type="checkbox"/>	x 50 Stk.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fingerlinge	100 Stk.	<input type="checkbox"/>	x 100 Stk.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einmalhandschuhe	100 Stk.	<input type="checkbox"/>	x 100 Stk.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mundschutz	50 Stk.	<input type="checkbox"/>	x 50 Stk.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 Stk.	<input type="checkbox"/>	x 100 Stk.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	1 Stk.	<input type="checkbox"/>	x 1 Stk.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Händedesinfektionsmittel	500 ml	<input type="checkbox"/>	x 500 ml	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Flächendesinfektionsmittel	500 ml	<input type="checkbox"/>	x 500 ml	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

<p>Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die gewünschten Produkte dauerhaft ausschließlich für die private, ambulante Pflege eingesetzt werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen. Ich beauftrage die Pflgetüte GmbH mit der monatlichen Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel sowie mit der Abrechnung direkt über meine Pflegekasse.</p> <p>_____ Datum, Unterschrift des Pflegebedürftigen / ges. Vertreter</p>	<p>Genehmigungsvermerk:  <input type="checkbox"/> PG 54 bis 40,00 € monatlich  <input type="checkbox"/> PG 54 bis 20,00 € monatlich (Beihilfeberechtigter)</p> <p>_____ IK der Pflegekasse</p> <p>_____ Datum, Stempel, Unterschrift der Pflegekasse</p>
--	--

Pflgetüte GmbH – Ahornweg 2 – 58285 Gevelsberg  
 Tel: 02332 – 910 947 9 – Fax: 02332 – 910 947 3  
 info@pflgetuete.de – [www.pflgetuete.de](http://www.pflgetuete.de)  
 Amtsgericht Hagen – HRB 11786  
**IK: 330 598 375**



# Lieferinformationen

## Die Wahl Ihrer Pfl egetüte



<b>Tüte Nr. 1</b> <input type="checkbox"/> 25x Bettschutzeinlagen 100x Einmalhandschuhe 1000ml Händedesinfektion 500ml Flächendesinfektion	<b>Tüte Nr. 2</b> <input type="checkbox"/> 100x Schutzschürzen 200x Einmalhandschuhe 50x Mundschutz 500ml Flächendesinfektion	<b>Tüte Nr. 3</b> <input type="checkbox"/> 50x Bettschutzeinlagen 500ml Händedesinfektion 500ml Flächendesinfektion
<b>Tüte Nr. 4</b> <input type="checkbox"/> 75x Bettschutzeinlagen 500ml Händedesinfektion	<b>Tüte Nr. 5</b> <input type="checkbox"/> 200x Einmalhandschuhe 1000ml Händedesinfektion 1000ml Flächendesinfektion	<b>Tüte Nr. 6</b> <input type="checkbox"/> 50x Bettschutzeinlagen 200x Einmalhandschuhe 500ml Flächendesinfektion

Größe der Einmalhandschuhe, falls bestellt: /  S /  M /  L / (zutreffendes bitte ankreuzen)

### Versicherte(r)

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

### Pfleger/in

Vorname

Nachname

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ und Ort)

### Lieferadresse

- Ich möchte die kostenlosen, versandkostenfreien Pflegehilfsmittel **an meine Adresse** geliefert bekommen.
- Ich möchte die kostenlosen, versandkostenfreien Pflegehilfsmittel **an die Adresse meines Pflegers** geliefert bekommen.
- Ich möchte die kostenlosen, versandkostenfreien Pflegehilfsmittel **an die Adresse meines Pflegedienstes** geliefert bekommen.

Die Lieferung der Pfl egetüte erfolgt nur, wenn eine entsprechende Bewilligung der Kostenübernahme durch die Pflegekasse vorliegt. Bei einem Widerruf der Bewilligung wird die Lieferung sofort eingestellt. Die Auswahl einer Pfl egetüte kann monatlich neu getroffen werden. Hierzu werde ich den Änderungsbedarf rechtzeitig mitteilen.

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die Pfl egetüte GmbH direkt mit meiner Pflegekasse abrechnet und mir monatlich die gewünschten Produkte kostenfrei zu der angegebenen Lieferadresse liefert.

Ich versichere, dass ich allein die Pfl egetüte GmbH mit der Lieferung von Pflegehilfsmittel beauftrage und eine Abrechnung durch andere Unternehmen nicht erfolgt.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Pflegebedürftigen / ges. Vertreter



Pfl egetüte GmbH – Ahornweg 2 – 58285 Gevelsberg  
Tel: 02332 – 910 947 9 – Fax: 02332 – 910 947 3  
info@pfl egetuete.de – [www.pfl egetuete.de](http://www.pfl egetuete.de)  
Amtsgericht Hagen – HRB 11786  
**IK: 330 598 375**