

Versicherte/r (vom Versicherten oder Bevollmächtigten auszufüllen)

Herrn/Frau	Vorname	Nachname
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Pflegegrad 1 2 3 4 5
Telefon	E-Mail	

Antrag auf Kostenübernahme

für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI/ Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (PG 54)

Artikel	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Menge/Einheit	Preis	vom Versicherten auszufüllen:			von der Pflegekasse auszufüllen:			
				benötigt werden:			genehmigt werden:			genehmigt bis:
				ja	nein	Anzahl	ja	nein	Anzahl	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	500 ml	16,40 €							
		1000 ml	18,50 €							
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	500 ml	7,80 €							
		1000 ml	15,60 €							
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001	100 Stück	19,90 €							
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	28,20 €							
forma-care Bettschutzauf- lagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001	50 Stück	20,50 €							
Fingerlinge	54.99.01.0001	100 Stück	14,90 €							
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	100 Stück	14,85€							
Mundschutz	54.99.01.2001	10 Stück	10,47 €							

für Pflegehilfsmittel unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Körperpflege / Körperhygiene (PG 51)

Artikel	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Menge/Einheit	Preis	vom Versicherten auszufüllen:			von der Pflegekasse auszufüllen:			
				benötigt werden:			genehmigt werden:			genehmigt bis:
				ja	nein	Anzahl	ja	nein	Anzahl	
Bettschutzaufgabe, waschbar	51.40.01.4	1 Stück	28,80 €							

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich stimme zu, dass die unten genannte Firma meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Lieferung o.g. Pflegehilfsmittel, der Kostenübernahme sowie der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse erheben und nutzen darf. Eine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte erfolgt nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung. Bitte hinterlegen Sie die unten genannte Firma mit Eingang diesen Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene, andere Lieferanten. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort/Datum

Unterschrift der / des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages
- PG 54 Beihilfenberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfenberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfenberechtigter

Datum

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)

Bitte senden Sie dem Sanitätshaus Wurster den genehmigten Antrag zurück damit eine schnelle Bearbeitung gewährleistet werden kann.



Antrag auf Kostenübernahme

1. Persönliche Daten des zu Pflegenden
2. Damit Sie zukünftig zwischen allen Produkten frei wählen und ggf. zwischen den Paketen wechseln können, ist es notwendig, dass Sie möglichst alle Produkte auswählen, auch wenn Sie diese jetzt noch nicht beziehen wollen
3. Benötigen Sie auch waschbare Bettschutzauflagen, dann kreuzen Sie bitte „Ja“ an und geben die Menge an.
4. Ort/Datum und Unterschrift
5. Diese Bereiche nicht ausfüllen. Diese Bereiche werden von Ihrer Pflegekasse ausgefüllt.

Bringen Sie den ausgefüllten Antrag zurück zu uns!

Wir kümmern uns um alle weiteren Formalitäten.

Sie haben noch Fragen zum carepaket?
Wir helfen Ihnen gern weiter. Rufen Sie uns an.



Servicehotline
0 74 41 - 88 95 - 0

info@wurster-rehazentrum.de
www.@wurster-rehazentrum.de

wurster

Das Gesundheitshaus mit Rat und Tat

Sanitätshaus Wurster GmbH
Robert-Bürkle-Str. 34
72250 Freudenstadt

Telefon 0 74 41 - 88 95 - 0
Faxnummer 0 74 41 - 88 95 - 44
IK Nummer: 330820104