

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

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

| Bezeichnung | Pflegehilfsmittelpositionsnummer | Rechengröße | Menge eintragen | Erläuterung |
|---|---|-------------|-----------------|-------------|
| Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51) | | | | |
| Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar | 51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!) | 1 Stück | | |

durch folgenden Leistungserbringer:

| Name und Anschrift (Stempel) | Institutionskennzeichen |
|---|-----------------------------------|
| VGK Pflegebox GbR Obertorstraße 10a 31675 Bückeburg | 3 3 0 3 0 4 4 1 6 |

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 Kostenübernahmeverklärung 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>Genehmigungsvermerk der Pflegekasse</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><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> |
| (Datum) (IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift) | |

Anlage 3 – Erklärung zum Erhalt von Pflegehilfsmitteln (Empfangsbestätigung)

(Name der Pflegekasse)

(Name, Anschrift und Telefonnummer des Versicherten, ggf. eines Ansprechpartners)

(Krankenversichertennummer bzw. Pflegeversichertennummer)

VGK Pflegebox GbR

33034416

(Name des Leistungserbringens)

(IK des Leistungserbringens)

Obertorstraße 10a, 31675 Bückeburg, 05722 9050698

(Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringens)

(Versorgungsmonat)

Der zuvor genannte Leistungserbringer hat mir heute im augenscheinlich hygienischen und einwandfreien Zustand nachfolgend aufgeführte Pflegehilfsmittel übergeben sowie mich – soweit erforderlich – in den Gebrauch des Pflegehilfsmittels eingewiesen.

| Bezeichnung | Pflegehilfsmittelpo- sitionsnummer | Stückzahl bzw. Packungen | Gesamtpreis ohne MwSt. | Gesamtpreis mit MwSt. |
|--|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) | | | | |
| saugende Bettschutzeinlagen Einmalge- brauch | 54.45.01.0001 | --- Stück | | |
| Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexaller- giker latexfrei, unsteril) | 54.99.01.0001 | --- Stück | | |
| Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril) | 54.99.01.1001 | --- Stück | | |
| Medizinische Gesichtsmasken | 54.99.01.2001 | --- Stück | | |
| Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken) | 54.99.01.5001 | --- Stück | | |
| Schutzschürzen – Einmalgebrauch | 54.99.01.3001 | --- Stück | | |
| Schutzschürzen – wiederverwendbar | 54.99.01.3002 | --- Stück | | |
| Schutzservietten zum Einmalgebrauch | 54.99.01.4001 | --- Stück | | |
| Händedesinfektionsmittel | 54.99.02.0001 | --- ml | | |
| Flächendesinfektionsmittel | 54.99.02.0002 | --- ml | | |
| Händedesinfektionstücher | 54.99.02.0014 | --- Stück | | |
| Flächendesinfektionstücher | 54.99.02.0015 | --- Stück | | |

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

| Bezeichnung | Pflegehilfsmittelpo- sitionsnummer | Stückzahl bzw. Packungen | Gesamtpreis ohne MwSt. | Gesamtpreis mit MwSt. |
|---|---------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|--------------------------|
| Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) | | | | |
| saugende Bettschutzeinlagen – wieder- verwendbar | 51.40.01.4 | --- Stück | | |
| Gesamtpreis | | | | |

Ich darf die überlassenen Pflegehilfsmittel keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeverklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber-hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen. Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten. Weiterhin bin ich darauf hingewiesen worden, dass ich die erhaltenen Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwenden darf.

Datum und Unterschrift der/des Versicherten*

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