

Ihr Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI und §127 SGB V

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Vorname	Nachname
Straße, Nr.	PLZ, Ort
Geb.-Datum	Pflegegrad* <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Telefon	E-Mail
Pflegekasse	Versicherten-Nr.

* Hinweis: Bitte beachten Sie, dass Sie nun aufgrund des PSG II 2017 Pflegegrade angeben.

Ich beantrage die 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 hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzauflagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen, wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

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

benötigte Stückzahl pro Quartal	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4

- durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) 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.

Hier unterschreiben

Ort/Datum Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages

- PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages

Datum _____

- PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/
 Beihilfeberechtigter
 PG 51 ohne Zuzahlung/
 Beihilfeberechtigter

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)



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 Ihre benötigte Menge pro Quartal an.
4. Ort/Datum und Unterschrift
5. Diese Bereiche nicht ausfüllen. Diese Bereiche werden von Ihrer Pflegekasse ausgefüllt.

HIMIDU
Pflegehilfsmittel Duisburg

Ihr Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln
gemäß §79 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI und §127 SGB V

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Vorname _____ Nachname _____
 Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____
 Geb.-Datum _____ Pflegegrad* 1 2 3 4 5
 Telefon _____ E-Mail _____
 Pflegekasse _____ Versicherten-Nr. _____

* Hinweis: Bitte beachten Sie, dass Sie nun aufgrund des PSG II 2017 Pflegegrade angeben.

Ich beantrage die Kostenübernahme
 für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI / Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI.
 Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.
 zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)

Saugende Bettschutzauflagen Einmalgebrauch	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen, wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 54) unter Abzug des gesetzlichen Eigenanteils, soweit keine Befreiung vorliegt.

benötigte Stückzahl pro Quartal	Pflegehilfsmittel zur Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer:
 Name und Anschrift _____ Institutionskennzeichen (sofern bekannt) _____
 unzeit Medicare GmbH, Pohnsdorfer Str. 3, 23611 Bad Schwartau

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass ich durch Pflegedienste verwendet werden dürfen.
 Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten für Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernehmen, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe.

Ort/Datum _____ Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages
 PG 54 Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages
 PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilferechtigt
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilferechtigt

IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift _____ Datum _____

Himidu
Postfach 54 02 26
47152 Duisburg
IK-NR.: 332 516 096

ACHTUNG: Den ausgefüllten Antrag auf Kostenübernahme
in den beiliegenden Freiumschlag geben & abschicken.

Sie haben noch Fragen zu pflegehilfsmittel gratis?

Wir helfen Ihnen gern weiter. Rufen Sie uns an.

Servicehotline 0177 / 35 96 454



Mo-Mi 12:00 Uhr bis 16:00 Uhr

mail@himidu.de
www.himidu.de

Himidu
Postfach 54 02 26
47152 Duisburg
IK-NR.: 332 516 096