

Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln



Neuantrag Anbieterwechsel

Versicherte/r | Pflegebedürftige/r

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Plz, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Pflegekasse: _____ Versicherten Nr.: _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Ich beantrage Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel - Produktgr. 54 - bis max. 40€ (bei Beihilfeanspruch bis max. 20€) monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten trage ich selbst.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	ankreuzen	Pflegehilfsmittel-Pos.Nr.
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlige	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Mundschutz FFP2 (oder vergleichbare Masken)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.5
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

Ich beantrage Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung vorliegt.

Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54)	ankreuzen	Pflegehilfsmittel-Pos.Nr.
Saugende Bettschutzeinlagen (Wiederverwendbar)	<input type="checkbox"/>	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer: **Sanitätshaus Förster**, Victor-Slotosch-Str. 19, 60388 Frankfurt a.M.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Meine Daten dürfen nur für den Zweck und Dauer der Leistungserbringung genutzt werden.

Datum, Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)



Das Folgende bitte nicht ausfüllen.

Geheimungsvermerk der Pflegekasse		
<input type="checkbox"/> PG54 bis 40€ monatlich	<input type="checkbox"/> PG54 bis 20€ monatlich	<input type="checkbox"/> PG51 mit Zuzahlung
<input type="checkbox"/> PG51 ohne Zuzahlung	<input type="checkbox"/> PG51 mit Zuzahlung Beihilfeberechtigte(r)	<input type="checkbox"/> PG51 ohne Zuzahlung Beihilfeberechtigte(r)

Sanitätshaus Förster
Victor-Slotosch-Str. 19
60388 Frankfurt a.M.
IK-Nr.: 330641777

Datum: _____ IK-Nr.: _____ Stempel/Unterschrift: _____

Ihre Bestellung zur Gratis-Versorgung mit Pflegemitteln

Benötigte monatliche Ware



Verbrauchshilfsmittel	
<input type="checkbox"/>	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)
<input type="checkbox"/>	Fingerlige
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe
<input type="checkbox"/>	Mundschutz (Einmalgebrauch)
<input type="checkbox"/>	Mundschutz FFP2 (oder vergleichbare Masken)
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel

Ich wünsche

die Einmalhandschuhe in Größe S M L XL

und Fingerlinge in Größe M L

Name des Versicherten/Pflegebedürftigen

Name:

Vorname:

Versicherter ist gesetzlich pflegevers. privat pflegevers. beihilfeberechtigt über Sozialamt

Bewilligung der Pflegestufe/Pflegegrades erfolgte im Monat:

Jahr:

Ansprechpartner Angehöriger oder Pflegeperson

Name:

Vorname:

Straße:

Plz, Ort:

E-Mail:

Telefon:

Pflegeperson ist Partner Kind Elternteil Freund/Bekannte Betreuer

Pflegeperson ist als Betreuer bevollmächtigt ja nein

Pflegedienst

Firmenname:

Lieferung/Lieferadresse

Die monatliche Lieferung soll erfolgen an: Versicherte(n) Angehörige Pflegedienst

Der Versand der Pflegeboxen erfolgt durch unseren Partner Care Integral, Pohnsdorfer Str. 3, 23611 Bad Schwartau.

Sie stimmen mit Ihrer Unterschrift der Weitergabe Ihrer Daten zu, die ausschließlich für den Versand der Boxen benötigt wird.

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)