

Antrag auf Kostenübernahme

Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Abs. 1 i. V. m. § 40 Abs. 2 SGB XI

Daten des Versicherten

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Geburtsdatum: _____

Versicherten-Nr.: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Pflegekasse: _____

IK Nr. des Leistungserbringers:

Artikel:	Menge/ Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen		Anzahl/ Einheit	Nur von der Pflegekasse auszufüllen		
		Benötigt werden:			Genehmigt werden:		Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein	
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 54.45.01.0001	30 St. (12,92 €)						
Einmalhandschuhe 54.99.01.1001	100 St. (9,49 €)						
Mundschutz (mit Kopfbändern) 54.99.01.2001	50 St. (7,18 €)						
Mundschutz (mit Ohrschlaufen) 54.99.01.2001	50 St. (7,18€)						
Mundschutz (FFP2-Maske) 54.99.01.2001	20 St. (30,00€)						
Händedesinfektionsmittel 54.99.02.0001	500 ml (8,21 €)						
Flächendesinfektionsmittel 54.99.02.0002	500 ml (6,16 €)						
	1000 ml (12,32 €)						
Schutzschürzen (Einmalgebrauch) 54.99.01.3001	100 St. (13,34 €)						

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Hilfsmittel dauerhaft benötigt und ausschließlich für private ambulante Pflege verwendet werden. Ich beauftrage die Ontex Healthcare Deutschland GmbH mit der Lieferung der ausgewählten Pflegehilfsmittel und sie ersetzt somit meinen bisherigen Lieferanten als Leistungserbringer. Ich ermächtige die Ontex Healthcare Deutschland GmbH mit der Abrechnung meiner Kostenerstattungsansprüche gemäß §40 Abs. 2 SGB XI und trete diese Ansprüche bis auf Widerruf ab.

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbeitrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 54 bis maximal **der Hälfte** des monatlichen Höchstbeitrage nach § 40 Abs. 2 SGB XI

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)