

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Frau Herr Vorname _____ Nachname _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Geb.-Datum _____ Pflegestufe 0* 1 2 3

Telefon _____ E-Mail _____

Pflegekasse _____ Versicherten-Nr. _____

* Die Pflegestufe 0 gibt es für Menschen mit eingeschränkter Alltagskompetenz z.B. wegen einer Demenz. Auch bei Pflegestufe 0 besteht ein gesetzlicher Anspruch auf die Kostenübernahme von Pflegehilfsmitteln.

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 hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (PG 54)				vom Versicherten auszufüllen:			von der Pflegekasse auszufüllen:		
Artikel	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Menge/Einheit	benötigt werden:			genehmigt werden:			genehmigt bis:
			ja	nein	Anzahl	ja	nein	Anzahl	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	500 ml							
		1000 ml							
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	500 ml							
		1000 ml							
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001	100 Stück							
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück							
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001	50 Stück							
Fingerlinge	54.99.01.0001	100 Stück							
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	100 Stück							
Mundschutz	54.99.01.2001	50 Stück							

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)				vom Versicherten auszufüllen:			von der Pflegekasse auszufüllen:			
Artikel	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Menge	Preis	benötigt werden:			genehmigt werden:			genehmigt bis:
				ja	nein	Anzahl	ja	nein	Anzahl	
Bettschutzauflage, waschbar	51.40.01.4	1 Stück	25,50 €							

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 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages Datum _____

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfeberechtigter

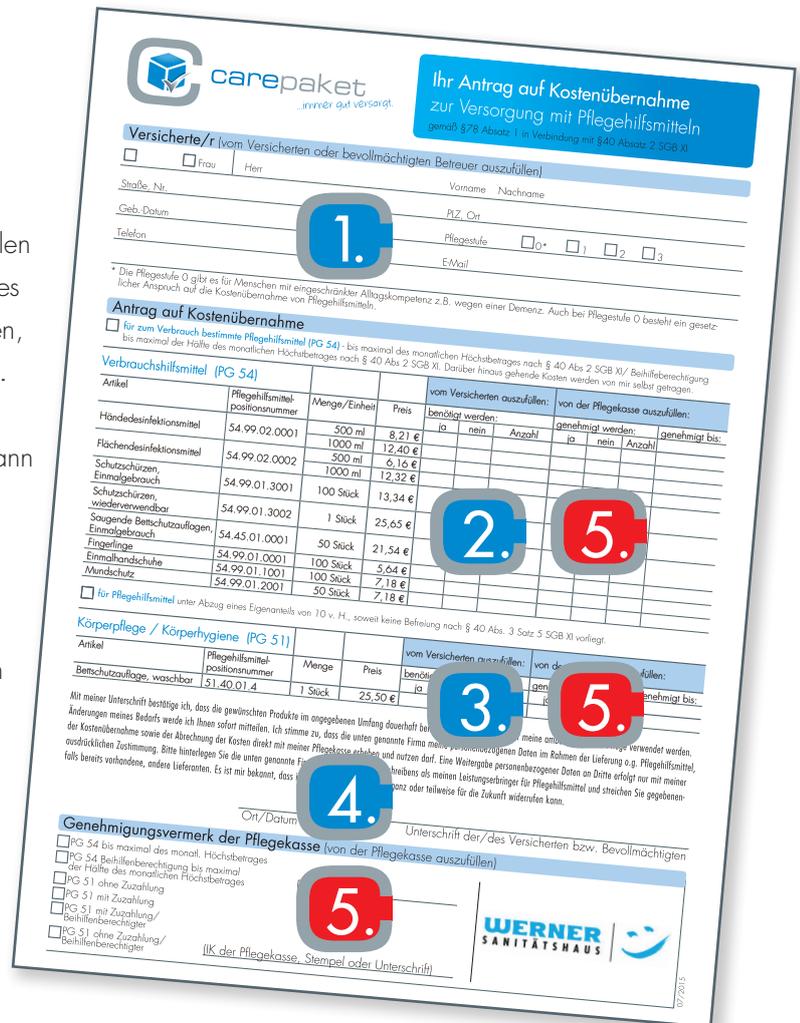
PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfeberechtigter (IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift) _____



Sanitätshaus Werner GmbH & Co. KG
Gathe 94 | 42107 Wuppertal
IK Nummer: 330511268

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.



Ihr Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln
gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)
 Frau Herr
 Straße, Nr. _____ Vorname _____ Nachname _____
 Geb. Datum _____ PLZ, Ort _____
 Telefon _____ Pflegestufe: 0+ 1 2 3
 E-Mail _____

Antrag auf 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 hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Pflegehilfsmittelpositionnummer	Menge/Einheit	Preis	vom Versicherten auszufüllen:		von der Pflegekasse auszufüllen:	
				benötigt werden:	Anzahl	genehmigt werden:	genehmigt bis:
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	500 ml	8,21 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	1000 ml	12,40 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schutzschürzen Einmalgebrauch	54.99.01.3001	500 ml	6,16 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schutzschürzen wiederverwendbar	54.99.01.3002	1000 ml	12,32 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Saugende Bettschutzauflagen Einmalgebrauch	54.99.01.3002	100 Stück	13,34 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fingerringe	54.45.01.0001	1 Stück	25,65 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	50 Stück	21,54 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mundschutz	54.99.01.1001	100 Stück	5,64 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	54.99.01.2001	50 Stück	7,18 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

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

Artikel	Pflegehilfsmittelpositionnummer	Menge	Preis	vom Versicherten auszufüllen:		von der Pflegekasse auszufüllen:	
				benötigt werden:	Anzahl	genehmigt werden:	genehmigt bis:
Bettschutzauflage, waschbar	51.40.01.4	1 Stück	25,50 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft bei 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 austauschen und nutzen darf. Eine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte erfolgt nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung. Bitte hinterlegen Sie die unten genannte Firma als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene, andere Lieferanten. Es ist mir bekannt, dass meine Daten 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, Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilferechtigkeit
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilferechtigkeit

IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift _____

WERNER SANITÄTSHAUS

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

0 202 - 79 961 - 0

info@sanitätshaus-werner.de
www.sanitätshaus-werner.de

WERNER
SANITÄTSHAUS



Sanitätshaus Werner GmbH & Co. KG
Gathe 94 | 42107 Wuppertal
IK Nummer: 330511268