Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

Leistungserbringer: Sanitätshaus Förster GmbH & Co. KG in
- ❑ Frankfurt Bergen-Enkheim, Victor-Slotosch-Straße 19, **IK-Nr.: 330641777**
- ❑ Frankfurt Sachsenhausen, Walter-Kolb-Str. 9-11, **IK-Nr.: 330600266**
- ❑ Neu-Isenburg, Bahnhofstraße 1, **IK-Nr.: 330641766**
- ❑ Hanau, Moselstr. 2a, **IK-Nr.: 330603908**

Name: Vorname:

Straße: Plz, Ort:

Geburtsdatum: Telefon:

Pflegekasse: Versicherten Nr.:

Pflegegrad: ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5 ❑ Neuantrag ❑ Anbieterwechel

Ich beantrage Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel - Produktgr. 54 - bis max. 42€ (bei Beihilfeanspruch bis max. 21€) monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten trage ich selbst.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	**ankreuzen**	**Pflegehilfsmittel-Pos.Nr.**
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	❑	54.45.01.0001
Fingerlige	❑	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	❑	54.99.01.1001
Mundschutz (Einmalgebrauch)	❑	54.99.01.2001
Partikelfiltrierenden Halbmasken (FFP2 o. vergleichbar)	❑	54.99.01.5001
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	❑	54.99.01.3002
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	❑	54.99.01.3001
Lätzchen (Einmalgebrauch)	❑	54.99.01.4001
Händedesinfektionsmittel	❑	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	❑	54.99.02.0002
Händedesinfektionstücher	❑	54.99.02.0014
Flächendesinfektionstücher	❑	54.99.02.0015

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)	❑	51.40.01.4107

❑ 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. Für den Zweck und Dauer der Leistungserbringung speichern wir Ihre Daten.

❑ 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.

Datum, Unterschrift der versicherten Person bzw. der vertretenden Person X

Vom Sanitätshaus auszufüllen

Der Kunde wurde vor der Übergabe der Pflegehilfsmittel von dem vorg. Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten ❑ für die konkrete Versorgungssituation geeignet u. notwendig sind, ❑ die ohne Mehrkosten erhältlich sind.

Form des Beratungsgesprächs: ❑ Beratung im Geschäft ❑ Beratung am Telefon ❑ Beratung zu Hause

Der Leistungserbringende hat den Kunden ❑ persönlich und/oder ❑ eine Betreuungsperson (ges. Vertretung/Bevollmächtigte oder Angehörigen) beraten.

Datum der Beratung, beratende(r) Mitarbeiter/in

Ihre Bestellung zur Versorgung mit Pflegemitteln

Benötigte Ware

SANITÄTSHAUS F-Ö-R-S-T-E-R ORTHOPÄDIE-TECHNIK

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	ankreuzen	Pflegehilfsmittel-Pos.Nr.
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	❑	54.45.01.0001
Fingerlige Größe M ❑ L ❑	❑	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe Größe S ❑ M ❑ L ❑ XL ❑	❑	54.99.01.1001
Mundschutz (Einmalgebrauch)	❑	54.99.01.2001
Partikelfiltrierenden Halbmasken (FFP2 o. vergleichbar)	❑	54.99.01.5001
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	❑	54.99.01.3002
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	❑	54.99.01.3001
Lätzchen (Einmalgebrauch)	❑	54.99.01.4001
Händedesinfektionsmittel	❑	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	❑	54.99.02.0002
Händedesinfektionstücher	❑	54.99.02.0014
Flächendesinfektionstücher	❑	54.99.02.0015

Name des Versicherten/Pflegebedürftigten

Name: _____ Vorname: _____

Versicherter ist ❑ gesetzlich pflegevers. ❑ privat pflegevers. ❑ beihilfeberechigt ❑ 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/Bekannt ❑ Betreuer

Pflegeperson ist als Betreuer bevollmächtigt ❑ ja ❑ nein

Pflegedienst:

_____

Lieferung / Lieferadresse

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

Falls Angehörige angekreuzt, bitte Adresse angeben: _____

_____

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 Bevollmächigte(r)