

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

Kundendaten

Name, Vorname _____ Geb. Datum _____

Straße, Nr. _____ Pflegekasse _____

PLZ / Ort _____ Versicherten-Nr. _____

Telefon _____ E-Mail _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel von max. 60 EUR pro Monat:
zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages (60 EUR) nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Preis	Position	Ankreuzen	Menge	Von der Pflegekasse auszufüllen. Genehmigt
Bettschutzunterlagen Einmalgebrauch (30 Stück)	12,90 €	54.45.01.0001	<input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe (100 Stück)	12,90 €	54.99.01.1001	<input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Mundschutz (50 Stück)	16,90 €	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schutzschürzen Einmalgebrauch (50 Stück)	13,34 €	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Schutzschürzen wiederverwendbar (1 Stück)	43,90 €	54.99.01.3002	<input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Händedesinfektionsmittel (500 ml)	9,90 €	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Flächendesinfektionsmittel (500 ml)	9,90 €	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Flächendesinfektionsmittel (1000 ml)	9,90 €	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Zusätzlich beantrage ich Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 % soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel	Preis	Position	Ankreuzen	Menge	Genehmigt
Bettschutzunterlagen wiederverwendbar (1 Stück) / 2 Stück pro Jahr beantragbar	26,16 €	51.40.01.4	<input type="checkbox"/>		Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.



Bitte hier unterschreiben

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

(Datum)
(IK der Pflegekasse, Stempel)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse Von der Pflegekasse auszufüllen

- PG 54 bis zu 60,00 € monatlich
- PG 54 bis zu 20,00 € monatlich / Beihilfeberechtigung
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

Mitschke Sanitätshaus GmbH
Werner-von-Siemens-Str. 6
33334 Gütersloh

IK 330570750

Telefon 05241 4001-0
Fax 05241 4001-200

info@mitschke24.de
www.mitschke24.de

Sparkasse Gütersloh
IBAN DE14 4785 0065 0000 0254 88

Volksbank Bielefeld-Gütersloh eG
IBAN DE66 4786 0125 0029 0976 00

Geschäftsführer Matthias Mitschke
Geschäftsführer Ferdinand Mitschke

USt.-Id.Nr. DE 224097758
Amtsgericht Gütersloh HRB 4287