



Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1 SGB XI in Verbindung mit § 40 SGB XI und § 127 SGB V

(Name, Vorname) (Geburtsdatum) (Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI/ bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug des gesetzlichen Eigenanteils, soweit keine Befreiung vorliegt.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
Abena GmbH, Lösnitz Mark 23, 06780 Zörbig	331500438

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

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. Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten.

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

Vertrag über die Versorgung
gemäß § 78 Abs. 1 SGB XI in

Ihre Kontaktdaten

Geben Sie hier Ihre Kontaktdaten an

bestimmten Pflegehilfsmittel
SGB V

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel nach § 40 Abs. 2 SGB XI/bei Beihilfeleistungen für die ambulante private Pflege hinausgehende Kosten werden

Beantragen

Bitte beantragen Sie mit Ankreuzen der oberen Box die Kostenübernahme und kreuzen Sie in der Liste alle Produkte an (auch Produkte, die nicht Bestandteil Ihrer ersten Box sind). Sie haben dann in Zukunft die Möglichkeit, Ihre Box zu wechseln, ohne einen Neuantrag an Ihre Pflegekasse stellen zu müssen.

Die Entscheidung über eine Genehmigung und deren Umfang wird von der Pflegekasse erteilt.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch

Fingerlinge

Einmalhandschuhe

Mundschutz

Schutzschürzen – Einmalgebrauch

Schutzschürzen – wiederverwendbar

Händedesinfektionsmittel

Flächendesinfektionsmittel

Waschbare Unterlagen

Wählen Sie bitte diese Option, wenn Sie zusätzlich zu Ihrer Abena Box waschbare Bettunterlagen beantragen möchten.

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege

benötigte Stückzahl

Pflegehilfsmittel zu

saugende Bettschu

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
Abena GmbH, Lösnitz Mark 23, 06780 Zörbig	331500438

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten für die Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Genehmigung erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir zu tragen. Für diese Erklärung habe ich erhalten.

Genehmigung

Dieser Bereich ist für die Pflegekasse, bitte hier nicht hinein schreiben.

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter