



Bitte ausfüllen und unterschrieben zurücksenden:

MED SANI Breslauer Str. 26, 68519 Viernheim

Antrag auf Kostenübernahme

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Abs. 1, in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI (Anlage 4)

Vorname:	_____	Name:	_____
Straße/Nr.:	_____	PLZ/Ort:	_____
Geb.-Datum:	_____	Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Telefon:	_____	Kundennummer:	_____
Pflegekasse:	_____	Versichertennummer:	_____

Vom Versicherten auszufüllen

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ -hygiene (PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Von der Pflegekasse auszufüllen

wird benötigt	Einheit	Artikel	Hilfsmittel-Nummer	Genehmigung Pflegekasse		
<input type="checkbox"/>	2 St.	Saugende Bettschutzeinlage 90 x 170 cm (Wiederverwendung)	51.40.01.4	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 40,00 € (bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 €) monatlich.

<input type="checkbox"/>	50 St.	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	100 St.	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	50 St.	Mundschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	100 St.	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	500 ml	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	500 ml	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein
<input type="checkbox"/>	100 St.	Fingerlinge	54.99.01.0001	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein

Die genehmigten Produkte werden ab sofort und bis auf Widerruf durch den folgenden Leistungserbringer geliefert:



MED SANI
Breslauer Str. 26
68519 Viernheim

IK-Nr.: 330602963
Tel.: 06204 - 708576
Fax: 06204 - 917992

- PG 54 bis 40,00 € monatlich
- PG 54 bis zu 20,00 € monatlich mit
- PG 51 Zuzahlung ohne
- PG 51 Zuzahlung
- PG 51 mit Zuz. Beihilfeberechtigung
- PG 51 ohne Zuz. Beihilfeberechtigung

IK der Pflegekasse/Stempel/Unterschrift

Die gewünschten Hilfsmittel werden von mir dauerhaft benötigt und ausschließlich für die private Pflege verwendet. Die MED SANI ersetzt meine bisherigen Lieferanten als Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel. Weiter beauftrage ich die MED SANI meine Kostenerstattungsansprüche gem. §40 Abs. 2 Satz SGB XI zu prüfen, zu meiner Pflegekasse weiterzuleiten, genehmigen zu lassen und direkt mit meiner Pflegekasse abzurechnen. Ich erteile mit meiner Unterschrift ebenfalls den Auftrag und die Vollmacht, den Bescheid meiner Pflegekasse entgegenzunehmen, zu prüfen und sämtliche Korrespondenz dazu mit der Pflegekasse zu übernehmen.

X

Datum, Ort

Unterschrift Pflegebedürftige(r) oder Bevollmächtigte(r)