

Rücksenden an PMZ GmbH – Zeppelinstr. 8 – 88239 Wangen

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname

Geburtsdatum

Versichertennummer

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort
Tel.

Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Rechen- größe	Menge/ Faktor eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	25	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	100	Latex
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	100	Nitril / Vinyl / Latex
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	50	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	5	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	100	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	50	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	5	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	5	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	10	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	100	

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechen- größe	Menge ein- tragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4130 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück	3	

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
PMZ GmbH Martinstorplatz 4a 88239 Wangen	330 841 063

Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels /der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs:

- Beratung in den Geschäftsräumen
- Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
- Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

- mich persönlich und/oder
- meine Betreuungsperson (ges. Vertreter /Bevollmächtigten oder Angehörigen)

beraten.

Datum der Beratung:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Beratende /r Mitarbeiter/in:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) 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.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Unterschrift der / des Versicherten

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

<p><u>Genehmigungsvermerk der Pflegekasse</u></p> <p><input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI</p> <p><input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI</p> <p>(Datum)</p>	<p><input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung</p> <p><input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung</p> <p><input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter</p> <p><input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter</p> <p>(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)</p>
---	---

