

Antrag auf Kostenübernahme

Vorname:	Krankenkasse:
Name:	Versicherten-Nr.:
Straße: Nr.	Geburtsdatum:
PLZ/Ort:	Pflegestufe: keine 0 1 2 3
	oder Pflegegrad: 1 2 3 4 5

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 hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch		54.45.01.0001
Fingerlinge		54.99.01.0001
Einmalhandschuhe		54.99.01.1001
Mundschutz		54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch		54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar		54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel		54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel		54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51)

Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
1 2 3	Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4

Durch folgende Leistungserbringer

Name & Anschrift	Institutionskennzeichen
praxy GmbH, Höltenweg 115, 48155 Münster	330556741

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.

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

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Beauftragung Hilfsmittel Versorgung

Zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

Leistungserbringer
praxy GmbH
Höltenweg 115 | 48155 Münster

Tel.: 0251 9520360-0

Fax: 0251 9520360-1

IK-Nummer: 330556741



1. Pflegebedürftige(r) *

Vorname:	Pflegebedürftiger ist:	Inkontinenz:
Name:	Vollständig mobil	Ja
Telefon:	Eingeschränkt mobil	Nein
	Bettlägerin	
Werden Sie bereits mit Pflegehilfsmitteln versorgt?		
Nein		
Ja, derzeitiger Versorger ist:		
Wechsel gewünscht?	Ja	
	Nein	

2. Angehörige(r) / Pflegepersonal / Betreuer(in) *

Vorname:	Straße, Nr.:
Name:	PLZ, Ort:
Telefon:	E-Mail:

3. Pflegedienst / Sozialstation (nur falls vorhanden)

4. Auswahl Pflege-Set (wählen Sie zwischen 4 Varianten)

Pflege-Paket 1

30 Stk. Bettgeschutzeinlagen
200 Stk. Einmalhandschuhe
500 ml. Händedesinfektion
500 ml. Flächendesinfektion

Pflege-Paket 2

300 Stk. Einmalhandschuhe
1000 ml. Händedesinfektion
500 ml. Flächendesinfektion

Pflege-Paket 3

60 Stk. Bettgeschutzeinlagen
100 Stk. Einmalhandschuhe
500 ml. Händedesinfektion

Pflege-Paket 4 „Individuell“

- Bettgeschutzeinlagen
- Einmalhandschuhe
- Händedesinfektion
- Flächendesinfektion
- Mundschutz
- Schutzschürze

Sie wünschen ein individuelles Paket?

Bitte kreuzen Sie einfach die gewünschten Produkte an.
Jedes „individuelle Paket“ wird von uns so zusammengestellt,
dass sie nach Genehmigung durch die Pflegekasse vollständig
erstattungsfähig ist.

Handschuhe	Lieferung an:
S	Pflegebedürftigen
M*	Angehörigen
L	Pflegedienst
XL	*Standard bei Nichtauswahl

Möchten Sie bei Bewilligung durch die Kasse zusätzlich wiederverwendbare Bettgeschutzeinlagen erhalten? Ja (Pflegekasse verlangt eine Kostenbeteiligung, falls nicht zuzahlungsbefreit)
Nein

5. Belieferung / Nutzungsbedingungen

Ich beauftrage **praxy GmbH, Höltenweg 115, 48155 Münster (IK 330556741)** als Leistungserbringer mit der regelmäßigen, versandkostenfreien Belieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel, der Benachrichtigung der Pflegekasse über erfolgreiche Lieferungen an meine bevorzugte Lieferadresse, der Abrechnung der Kosten mit meiner Pflegekasse und darüber hinaus in meinem Namen Widerspruch gegen die Genehmigung der Pflegekasse einzulegen, falls eine Bewilligung in meinem Sinne nicht erfolgt. Hiermit akzeptiere ich die Nutzungsbedingungen der praxy GmbH (einzusehen unter: www.medizinbedarf.eu/agb und www.medizinbedarf.eu/datenschutz).

praxy GmbH
Höltenweg 115 | 48155 Münster

(Datum, Unterschrift)