# Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname | Geburtsdatum | Versichertennummer

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort | 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 | Rechengröße | Menge / Faktor bitte eintragen | Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) | | | | |
| **saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch** | 54.45.01.0001 | 1 Stück | | |
| **Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)** | 54.99.01.0001 | 1 Stück | | |
| **Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latex-allergiker latexfrei, unsteril)** | 54.99.01.1001 | 1 Stück | | |
| **Medizinische Gesichtsmasken** | 54.99.01.2001 | 1 Stück | | |
| **Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)** | 54.99.01.5001 | 1 Stück | | |
| **Schutzschürzen - Einmalgebrauch** | 54.99.01.3001 | 1 Stück | | |
| **Schutzschürzen - wiederverwendbar** | 54.99.01.3002 | 1 Stück | | |
| **Schutzservietten zum Einmalgebrauch** | 54.99.01.4001 | 1 Stück | | |
| **Händedesinfektionsmittel** | 54.99.02.0001 | 100 ml | | Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen. |
| **Flächendesinfektionsmittel** | 54.99.02.0002 | 100 ml | | |
| **Händedesinfektionstücher** | 54.99.02.0014 | 1 Stück | | |
| **Flächendesinfektionstücher** | 54.99.02.0015 | 1 Stück | | |

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

| Bezeichnung | Pflegehilfsmittel-positionsnummer | Rechengröße | Menge / Faktor bitte eintragen | Erläuterung |
|---|---|---|---|---|
| Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51) | | | | |
| **Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar** | 51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!) | 1 Stück | | |

**durch folgenden Leistungserbringer:**

| Name und Anschrift (Stempel) | Institutionskennzeichen |
|---|---|
| | ☐☐☐☐☐☐☐☐☐ |

☐ 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.

☐☐☐☐☐☐☐☐ _____

Geburtsdatum | Name, Vorname

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

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

☐ PG 54
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

☐ PG 54 Beihilfeberechtigung
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 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)

(0524) 086 236/0