

# Der einfache Weg zu Ihren Pflegehilfsmitteln:

- 1 Entscheiden Sie sich für Ihre individuelle bedarfsgerechte Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln.
- 2 Füllen Sie den Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel gemäß Ihrem individuellen Bedarf aus. Nutzen Sie dafür gerne auch die Ausfüllhilfe unten auf dieser Seite. Bitte beachten Sie die Hinweise zu den jeweiligen Packungsinhalten.
- 3 Unterschreiben Sie den Antrag. Haben Sie alle relevanten Produkte gekennzeichnet und die Kreuze gesetzt?
- 4 Nach Genehmigung durch Ihre Pflegekasse wird Ihnen Ihr Pflegepaket frei Haus geliefert. Sollte sich Ihr Bedarf einmal ändern, so nehmen Sie einfach Kontakt zu uns auf, wir passen Ihr Pflegepaket dann gerne entsprechend an.

**Bitte tragen Sie hier den Packungsinhalt\* des jeweiligen Pflegehilfsmittels in Menge bzw. Faktor ein.**

\* Die Packungsinhalte der verfügbaren Pflegehilfsmittel finden Sie unter dieser Tabelle. (z.B.: 1 Packung Bettschutz = Menge 25, 2 Packungen Bettschutz = Menge 50)

## Muster-Ausfüllhilfe

zur Kostenübernahme von Pflegehilfsmittel zum Verbrauch

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechengröße	Menge / Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	<input type="text" value="25"/>	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<input type="text" value="100"/>	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<input type="text" value="100"/>	Bitte hier entsprechende Größe (S-XL) eintragen:
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<input type="text" value="50"/>	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	<input type="text" value="1"/>	
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<input type="text" value="100"/>	
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<input type="text" value="XXX"/>	Nicht verfügbar
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	<input type="text" value="100"/>	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<input type="text" value="5"/>	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen.
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<input type="text" value="5"/>	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<input type="text" value="015"/>	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<input type="text" value="150"/>	

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	<input type="text" value=""/>	Bei Bedarf bis zu 3 Bettschutzeinlagen eintragen

### Produktgruppe 54:

Einmalverwendbare Bettschutzeinlagen: 25 Stück/Packung  
 Einmalhandschuhe: 100 Stück/Packung, Gr. S/M/L/XL  
 Medizinische Gesichtsmasken: 50/Packung  
 Partikelfiltrierende Halbmasken: 1 Stück/Packung

Einmalverwendbare Schutzschürzen: 100 Stück/Packung  
 Einmalverwendbare Schutzservietten: 100 Stück/Packung  
 Händedesinfektionsmittel: 500 ml/Flasche  1 Flasche entspricht Faktor 5;  
 Flächendesinfektionsmittel: 500 ml/Flasche  2 Flaschen entsprechen Faktor 10  
 Flächendesinfektionstücher: 150 oder 100 Stück/Packung  
 Händedesinfektionstücher: 15 Stück/Packung



Ihr Ansprechpartner

# Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>											<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
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 Latexallergiker 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	51.40.01.4127	1 Stück	□ □ □	

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen																				
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																				

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

<b><u>Genehmigungsvermerk der Pflegekasse</u></b>	
PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI	PG 51 mit Zuzahlung PG 51 ohne Zuzahlung
PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI	PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)	(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)
---------	--

### 1. Weitere Angaben des/der Antragstellers/Antragstellerin

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

**Telefon Kunde oder Angehöriger Pflichtfeld**

Email Kunde oder Angehöriger

#### Hinweis zur Angabe Ihrer Telefonnummer

Um Ihnen die bestmögliche Beratung zu bieten, benötigen wir Ihre Telefonnummer. Gemäß § 127 Absatz 5 SGB V sind wir verpflichtet, Sie vor der Beantragung der Kostenübernahme persönlich zu beraten. Dies stellt sicher, dass Sie die für Ihre individuelle Versorgung geeigneten und notwendigen Pflegehilfsmittel erhalten.

Ihre Telefonnummer ermöglicht es uns, Sie schnell und unkompliziert zu kontaktieren, um die Beratung durchzuführen und eventuelle Fragen zu klären.

Wir danken Ihnen für Ihr Verständnis und Ihre Unterstützung.

### 2. Lieferung an Dritte

Bitte beachten Sie, dass gemäß den vertraglichen Bestimmungen (§ 2 Absatz 4) die Abgabe der Pflegehilfsmittel an Dritte erlaubt ist, jedoch nicht an Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege. Diese Vollmacht ist daher ausschließlich für den Erhalt von Pflegehilfsmitteln durch eine private, von Ihnen benannte Vertrauensperson gültig.

Name, Vorname

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

#### Handschuhgrösse

- S
- M
- L
- XL

#### Lieferung an:

- Pflegebedürftigen
- Angehörigen
- Dritte

Werden Sie bereits mit Pflegehilfsmitteln versorgt?

- ja
- nein

Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch -Verpackungseinheit = 25 Stück  
Stück Fingerlinge - Verpackungseinheit = 100 Stück  
Einmalhandschuhe Verpackungseinheit = 100 Stück  
Medizinische Gesichtsmaske =Verpackungseinheit = 50 Stück  
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2)=1 Stück  
Schutzschürzen - Einmalgebrauch Verpackungseinheit = 100 Stück  
Schutzservietten zum Einmalgebrauch Verpackungseinheit = 100 Stück  
Händedesinfektionsmittel flüsig Verpackungseinheit = 500 ml  
Flächendesinfektionsmittel flüssig Verpackungseinheit = 500 ml  
Händedesinfektionstücher Verpackungseinheit = 15 Stück  
Flächendesinfektionstücher Verpackungseinheit = 150 Stück und 100 Stück

Hier finden Sie eine Übersicht der üblichen Verpackungseinheiten (VEs) für die bei uns erhältlichen Einweg- und Schutzprodukte. Diese Einheiten helfen Ihnen beim Ausfüllen des Antrags.

Kommentar: