

2

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

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

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen



Telefon +49 2202 81781-0
Telefax +49 2202 81781-99
post@wemacare.de

Versicherte(r) / Pflegebedürftige(r)

Frau Vorname: _____ Nachname: _____ Kunden-Nummer: _____
 Herr _____
 Straße, Haus-Nr.: _____ Adresszusatz: _____
 PLZ/Ort: _____
 E-Mail: _____ Telefon/Mobil: _____ Geburtsdatum: _____
 Kenn-Nr. Pflegekasse: _____ Pflegegrad: 1 2 3 4 5
 Pflegekasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis max. zum monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI, bei Beihilfeberechtigung bis max. zur Hälfte dieses Höchstbetrages. Darüber hinausgehende Kosten trage ich selbst.

Bitte Inhalte Ihrer Box ankreuzen	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositions-Nr.
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Handdesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
<input type="checkbox"/>	Bettscutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Bitte wie gewählt ankreuzen	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (pro Stück 26,16 €)	Pflegehilfsmittelpositions-Nr.
<input type="checkbox"/>	2 wiederverwendbare Bettscutzeinlagen	51.40.01.4__

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 und dauerhaft benötigt werden. Bitte verzeichnen sie die WEMA Care GmbH, Herrenstrunden 23 A, 51465 Bergisch Gladbach, als Leistungserbringer der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme. Die WEMA Care GmbH darf meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und nutzen sowie zur Durchführung des Antragsverfahrens und der Abrechnung an den Dienstleister AvP Hünxe GmbH übermitteln.

Datum _____ Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- PG 54 bis maximal zum monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

Datum _____ IK-Nr. der Pflegekasse _____ Stempel/Unterschrift _____