

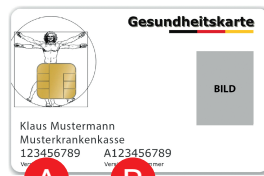
# 2

## Ausfüllhilfe Antrag auf Kostenübernahme

### Wichtig:

Das ausgefüllte und vom Versicherten unterschriebene Bestellformular **1** sowie den Antrag auf Kostenübernahme **2** im beiliegenden, vorfrankierten Rückumschlag an **WEMA care GmbH** zurückschicken.

**1** Persönliche Daten des Versicherten



**2** Bitte zutreffende Inhalte Ihrer auf Formular 1 gewählten WEMA care-Box ankreuzen

**3** Falls Sie die wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen auf Formular 1 beantragt haben, bitte ankreuzen

**4** Datum und Unterschrift

### 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) / Pflegebedürftig** **1**

Frau Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_ Kunden-Nummer: \_\_\_\_\_  
 Herr \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr.: \_\_\_\_\_ Adresszusatz: \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 E-Mail: \_\_\_\_\_ (A) Telefon/Mobil: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
 Kern-Nr. Pflegekasse: \_\_\_\_\_ (A) Pflegekasse: \_\_\_\_\_ (B)  3  4  5  
 Pflegekasse: \_\_\_\_\_

**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"/>	Schutzhandschuhe (gebrauch)	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"/>	Bettschutzeinlagen (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 Bettschutzeinlagen	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, Herrenstr. 23A, 51465 Bergisch Gladbach, als Leistungsbringer 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 Hüxse GmbH übermitteln.

**4** Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers: \_\_\_\_\_

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)**

<input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal zum monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
<input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

Datum: \_\_\_\_\_ IK-Nr. der Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_