2 Antrag auf Kostenübernahme

Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Abs. 1 i. V. m. § 40 Abs. 2 SGB XI

Bayern Inko aiutanda

Angaben zum Versicherten

* Pflichtangaben

Vorname*

E-mail

Hausarzt

Nachname*

Telefon*

Geburtsdatum*

Straße + Nr.

Straße + Nr.*

Versicherung*

PLZ

Ort

PLZ*

Ort*

Versicherten-Nr*

Pflegegrad* 1 2 3 4 5

Telefon

Arzt-Nr. (LAN)

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. Daüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel der Produktgruppe (PG) 54	Vom Versicherten/Vertreter auszufüllen: Wird grundsätzlich benötigt
Schutzschürzen - Einmalgebrauch **HiMi Nr.: 54.99.01.3001**	☐
Fingerlinge **HiMi Nr.: 54.99.01.0001**	☐
Händedesinfektionsmittel **HiMi Nr.: 54.99.02.0001**	☐
saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch **HiMi Nr.: 54.45.01.0001**	☐
Mundschutz **HiMi Nr.: 54.99.01.2001**	☐
Flächendesinfektionsmittel **HiMi Nr.: 54.99.02.0002**	☐
Esslätzchen mit Auffangtasche **HiMi Nr.: 54.00.99.9999**	☐
Einmalhandschuhe **HiMi Nr.: 54.99.01.1001** Bitte wählen Sie die Handschuhgröße: S ☐ M ☐ L ☐ XL ☐	☐

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 / Beihilfsberechtigter
- ☐ PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfsberechtigter

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

Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar **HiMi Nr.: 51.40.01.4**	Stückzahl ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Datum, Stempel/Unterschrift der Pflegekasse

Hiermit bevollmächtige ich die Bayern Inko GmbH (Bauhofstraße 8, 91443 Scheinfeld, Telefon: 09162 928 060, HRB 14650, Registergericht: Landgericht Nürnberg-Fürth, Geschäftsführer Maximilian Schmidt, Yessica Heiduk, Roberto Mier) mit der Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen und stimme der Verarbeitung und Weitergabe meiner angegebenen personenbezogenen- und Gesundheitsdaten zu diesem Zweck zu. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch die Bayern Inko GmbH, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der Bayern Inko GmbH solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie die Bayern Inko GmbH als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Gewünschte Produkte werden von mir ausnahmslos für die ambulante private Pflege im angegebenen Umfang bezogen. Die Datenschutzbestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen. Ein Widerruf (z.B. per E-Mail an mail@bayerninko.de) ist jederzeit möglich.

Datum

Unterschrift des/r Pflegebedürftigen/deren ges.Vertreter/Betreuer

3 Antrag auf Kostenübernahme

Angaben zum Besteller (falls vom Versicherten abweichend)

Beziehung zum Versicherten

Vorname

Nachname

Straße + Nr.

PLZ

Ort

E-mail

Telefon

Angaben zum Pflegedienst (falls vorhanden)

Name

Straße + Nr.

PLZ

Ort

E-mail

Telefon

Lieferadresse

- ☐ Lieferung geht an den Versicherten
- ☐ Lieferung geht an den Besteller
- ☐ Lieferung geht an den Pflegedienst*
- ☐ Lieferung geht an sonstige Adresse

Bei sonstiger Adresse:

Vorname

Nachname

Straße + Nr.

PLZ

Ort

* Denken Sie in diesem Fall daran, die Empfangsvollmacht für Pflegedienste auszufüllen.

Versorgerwechsel

☐ Es werden bereits Pflegehilfsmittel von einem anderen Versorger bezogen.
(Denken Sie daran, die bisherige Versorgung zu kündigen, damit keine Überversorgung eintritt, die ggf. selbst zu tragende Kosten verursacht. Ein einfacher Anruf oder eine E-Mail beim bisherigen Versorger genügt in der Regel).

Wunschlieferdatum für erste Pflegebox

Hiermit beauftrage ich die Bayern Inko GmbH (Bauhofstraße 8, 91443 Scheinfeld, Telefon: 09162 928 060, HRB 14650, Registergericht: Landgericht Nürnberg-Fürth, Geschäftsführer Maximilian Schmidt, Yessica Heiduk, Roberto Mer) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragssteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber meiner Pflegekasse an die Bayern Inko GmbH. Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner im Bestellformular angegebenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zum Zweck der Information und Leistungserbringung durch die Bayern Inko GmbH zu. Meine Daten können in diesem Rahmen auch an Dritte weitergegeben werden. Die Datenschutzbestimmungen habe ich zur Kenntnis genommen. Ein Widerruf meines Einverständnisses, (z.B. per E-Mail an mail@bayerninko.de) ist jederzeit möglich. Ich akzeptiere die AGB der Bayern Inko GmbH und bin über mein Widerruf informiert worden (einzusehen in den AGBs).. Sofern ich die oben genannten Einwilligungen und Erklärungen für einen Dritten, z.B. eine pflegebedürftige Person abgebe, versichere ich, dass mich die Dritte Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und kann der Bayern Inko GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen.

Datum

Unterschrift des/r Pflegebedürftigen/deren ges.Vertreter/Betreuer

Tel: 09162 928 060 **E-mail:** mail@bayerninko.de **Bayern Inko GmbH** Bauhofstr.8
Fax: 09162 928 0629 **Website:** bayerninko.de IK: 330954981 91443 Scheinfeld