Anlage 2 - Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer)				
Anschrift: Straße, PLZ, Wo	hnort	Pflegekasse	-			
Ich beantrage die Kosteni	übernahme 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	Rechen- größe	Menge/Fak- tor bitte eintragen	Erläuterung			
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)							
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück					
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker la- texfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück					
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergi- ker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück					
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück					
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder ver- gleichbare 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			
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml		1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen			
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.

ezeichnung Pflegehilfsmittelpositionsnummer		Rechen-	Menge ein-	Erläuterung
		größe	tragen	
Pflegehilfsmittel zur Körpe				
Saugende Bettschutzeinlagen -	51.40.01.4	1 Stück		
wiederverwendbar	(Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)			

AC/TK: 19 00 P52

(Datum)

durch folgenden Leistungserbringer:				
Name und Anschrift (Stempel)			Institutionskennzeichen	
Bayern Inko GmbH Bauhofstr. 8, 91443 Scheinfeld mail@bayerninko.de Tel. 09162 92 80 60 Fax 09162 92 80 629			3 3 0 9 5 4 9 8 1	
umfassend beraten, insbesondere darüber	smögli	-	ittel von dem vorgenannten Leistungserbringer konkrete Versorgungssituation geeignet und	
Form des Beratungsgesprächs:	_ _ _	Beratung in den Geschäftsräumen Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z.B. Videochat) Beratung in der Häuslichkeit		
Der o. g. Leistungserbringer hat	□ □ bei	mich persönlich u meine Betreuungs hörigen) raten.	nd/oder sperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Ange	
Datum der Beratung:				
Beratende/r Mitarbeiter/in:				
	e priva		wurde, dass die gewünschten Produkte aus- d nicht durch Pflegedienste oder Einrichtun-	
☐ Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass finanziellen Umfang übernimmt, für die ich Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leis	eine K	ostenübernahmeerk		
Datum		Unterschrift der	/des Versicherten	
*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gese	etzl. Ver	treters bei Personen, d	ie das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben	
Genehmigungsvermerk der Pflegekasse		□ PC	5 51 mit Zuzahlung	
		□ PC	5 51 ohne Zuzahlung	
□ PG 54		☐ PC	5 1 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter	
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages		☐ PC	51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter	
nach § 40 Absatz 2 SGB XI PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal de	r Hälfte	des monatlichen Höch	stbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI	

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)