

Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln

Antrag auf Kostenübernahme

► Dokument bitte ausfüllen, ausdrucken, unterzeichnen und an uns zurücksenden.

Versicherte/r, Pflegebedürftige/r

| | |
|--------------|---|
| Name | Pflegekasse |
| Vorname | Pflegestufe <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 |
| Straße, Nr. | Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| PLZ/Ort | Versichertennummer |
| Geburtsdatum | IK-Nummer der Versichertenkarte |
| Telefon | Eine Zuzahlungsbefreiung liegt vor? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja (bitte Kopie mit dem Antrag einreichen) |

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe PG54) bis maximal des monatlichen Höchstbetrages**
nach §40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages.
Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

| Artikel | Menge | Pflegehilfsmittelpositions-Nr. |
|---|-------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> saugende Bettschutzeinlagen (zum Einmalgebrauch) | | 54.45.01.0001 |
| <input type="checkbox"/> Fingerlinge | | 54.99.01.0001 |
| <input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe (puderfrei)/Größe: DSDMDLXL | | 54.99.01.1001 |
| <input type="checkbox"/> Mundschutz (zum Einmalgebrauch) | | 54.99.01.2001 |
| <input type="checkbox"/> Schutzschürzen (zum Einmalgebrauch, aus Folie – wasserabweisend) | | 54.99.01.3001 |
| <input type="checkbox"/> Schutzschürzen (wiederverwendbar) | | 54.99.01.3002 |
| <input type="checkbox"/> Händedesinfektionsmittel | | 54.99.02.0001 |
| <input type="checkbox"/> Flächendesinfektionsmittel | | 54.99.02.0002 |

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.**

| | | |
|---|--|------------|
| <input type="checkbox"/> saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar) | | 51.40.01.4 |
|---|--|------------|

- Ich beauftrage die Hombberger GmbH mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse.**

Bitte verzeichnen Sie mit Eingang dieses Antrages die Hombberger GmbH als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen – sofern vorhanden – meinen bisherigen Lieferanten.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die beantragten Pflegehilfsmittel zur Erleichterung meiner Pflege dienen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen. Die Pflegehilfsmittel werden ausschließlich für meine private Pflege verwendet (nicht durch Pflegedienste). Meine Daten dürfen von der Hombberger GmbH für den Zweck und Dauer der Leistungserbringung genutzt werden.

Abtretungserklärung/Nutzungsbedingungen (zur Abrechnung mit der Pflegekasse notwendig):

Hiermit trete ich als Antragsteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an Hombberger GmbH, Escheroder Straße 1, 99510 Eckolstädt, IK 331.600.996 ab.

Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. deren gesetzl. Vertreter/Betreuer

