

Antrag auf kostenlose Pflegemittel

Um Ihre monatlichen Pflegehilfsmittel zu erhalten müssen Sie nur noch 3 Schritte erledigen.

1. Das hier untenstehende Formular ausfüllen
2. Auf Seite 2 die gewünschte Pflegekischde ankreuzen.
3. Auf Seite 3 im roten Kasten Unterschreiben.
(Achtung auf Seite 3 bitte nur im roten Kasten Unterschreiben, die Kopfzeile füllen wir aus.)

Alle 3 Blätter entweder:

per Post an:
**Care-Team Stuttgart,
Schwieberdinger Straße 54,
70435 Stuttgart**

per Mail an:
antrag@pflegekisch.de

per Fax an:
0711 – 13 67 31 22

Empfänger Daten:

Nachname:	_____	Vorname:	_____
Geburtsdatum:	_____	Pflegegrad:	_____
Krankenkasse:	_____	Versichertennummer:	_____
Straße + Hausnr:	_____	Postleitzahl:	_____
Stadt:	_____	Telefonnummer:	_____

Abweichende Lieferanschrift (falls zutreffend):

Nachname:	_____	Vorname:	_____
Straße + Hausnr:	_____	Postleitzahl:	_____
Stadt:	_____	Telefonnummer:	_____



Sie haben die Wahl, bitte ankreuzen:

Handschuhgröße

S M L XL

Pflegekischde 1

- Bettschutzeinlagen, einmalgebrauch
- Einmalhandschuhe (Größe S, M, L oder XL)
- Flächendesinfektionsmittel

Pflegekischde 2

- Bettschutzeinlagen, einmalgebrauch
- Einmalhandschuhe (Größe S, M, L oder XL)
- Händedesinfektionsmittel

Pflegekischde 3

- Bettschutzeinlagen, einmalgebrauch
- Händedesinfektionsmittel
- Flächendesinfektionsmittel

Pflegekischde 4

- Händedesinfektionsmittel
- Mundschutz, einmalgebrauch (50 Stk.)
- Einmalhandschuhe (Größe S, M, L oder XL)

Pflegekischde 5

- Mundschutz, einmalgebrauch (120 Stk.)

Pflegekischde Prime **Achtung aufzahlung möglich!**

- Saugende Bettschutzeinlagen, einmalgebrauch
- Fingerlinge
- Händedesinfektionsmittel
- Flächendesinfektionsmittel
- Einmalhandschuhe (Größe S, M, L oder XL)
- Mundschutz, einmalgebrauch
- Schutzschürzen, einmalgebrauch
- Schutzschürzen, wiederverwendbar





Antrag auf Kostenübernahme

.....

.....

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. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Menge	Preis
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	50 Stk.	21,54 €
Fingerlinge	54.99.01.0001	100 Stk.	5,64 €
Einmalhandschuhe Gr. S-XL	54.99.01.1001	100 Stk.	7,18 €
Mundschutz	54.99.01.2001	50 Stk.	7,18 €
Schutzlätzchen Einmalgebrauch	54.99.01.3001	100 Stk.	13,34 €
Schutzlätzchen wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stk.	25,65 €
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	500 ml	8,21 €
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	500 ml	6,16 €

- 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.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Menge	Preis
Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4	1 Stk.	26,16 €

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.

.....

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten)

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/Beihilfeberechtigter

- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)