

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:	_____

Ihr Pflegehilfsmittelpaket kommt zu Ihnen nach Hause

Sie haben die Wahl:

PFLEGEKISCHDE 1

- Händedesinfektion (1 x 500 ml)
 - Bettschutzeinlagen (1 x 30 Stk.)
 - Einmalhandschuhe (2 x 100 Stk.)
- Bitte wählen: **S / M / L / XL**

PFLEGEKISCHDE 2

- Flächendesinfektion (1 x 500 ml)
 - Bettschutzeinlagen (1 x 30 Stk.)
 - Einmalhandschuhe (2 x 100 Stk.)
- Bitte wählen: **S / M / L / XL**

PFLEGEKISCHDE 3

- Händedesinfektion (1 x 500 ml)
 - Flächendesinfektion (1 x 500 ml)
 - Einmalhandschuhe (2 x 100 Stk.)
- Bitte wählen: **S / M / L / XL**

PFLEGEKISCHDE 4

- Händedesinfektion (1 x 500 ml)
 - PE-Schürzen (1 x 100 Stk.)
 - Einmalhandschuhe (2 x 100 Stk.)
- Bitte wählen: **S / M / L / XL**

PFLEGEKISCHDE 5

- Händedesinfektion (1 x 500 ml)
 - Mundschutz (1 x 50 Stk.)
 - Einmalhandschuhe (2 x 100 Stk.)
- Bitte wählen: **S / M / L / XL**

PFLEGEKISCHDE 6

- Bettschutzeinlagen (2 x 30 Stk.)
 - Einmalhandschuhe (1 x 100 Stk.)
- Bitte wählen: **S / M / L / XL**

PFLEGEKISCHDE PRIME*

Erstellen Sie Ihre eigene Pflegekiste mit Ihren Wunschprodukten.

- Händedesinfektion (1 x 500 ml)
 - Flächendesinfektion (1 x 500 ml)
 - Mundschutz (1 x 50 Stk.)
 - Bettschutzeinlagen (1 x 30 Stk.)
 - PE-Schürzen (1 x 100 Stk.)
 - Einmalhandschuhe (1 x 100 Stk.)
- Bitte wählen: **S / M / L / XL**



* *je nach Menge wird für die Pflegebox Prime eine Zuzahlung fällig.

Antrag auf Kostenübernahme

.....
 (Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Pflegekasse, Versicherungsnummer)

.....
 (Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

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	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001	30 Stk. (14,64 Euro)
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001	100 Stk. (10,71 Euro)
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001	50 Stk. (7,14 Euro)
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001	100 Stk. (13,21 Euro)
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001	500 ml (8,27 Euro)
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002	500 ml (6,72 Euro)

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.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	
	saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4	1 Stk. (26,70 Euro)

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)