

**Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation**

Pukas, Ursula      2|9|0|5|1|9|4|1      L|9|9|3|0|5|5|8|9|9  
 Name, Vorname      Geburtsdatum      Versichertennummer

Gladbacherstr 1,, 41747 ViersenAOK Rheinland/Hamburg

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort

Pflegekasse

**Ich beantrage die Kostenübernahme 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
<b>Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)</b>				
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	<input type="text"/>	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<input type="text"/>	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<input type="text"/>	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<input type="text"/>	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	<input type="text"/>	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<input type="text"/>	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<input type="text"/>	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	<input type="text"/>	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<input type="text"/>	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<input type="text"/>	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<input type="text"/>	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<input type="text"/>	

- ☐ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechen- größe	Menge ein- tragen	Erläuterung
<b>Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)</b>				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4090	1 Stück	<input type="text"/>	

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
EVS Gruppe GmbH Bei dem Gerichte 9 37445 Walkenried	3   3   0   3   1   3   6   6   7

☐ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs:

- ☐ Beratung in den Geschäftsräumen  
☐ Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)  
☐ Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

- ☐ mich persönlich und/oder  
☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)  
 beraten.

Datum der Beratung:

Beratende/r Mitarbeiter/in:

☒ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

☒ Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

1 | 3 | 0 | 8 | 2 | 0 | 2 | 4

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

\*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**☐ PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages

nach § 40 Absatz 2 SGB XI

☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 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)

# Wechselerklärung

zur Beantragung der Umversorgung mit Pflegehilfsmitteln

BX2408131173



Dieses Formular dient der Kenntnissnahme Ihrer Pflegekasse über einen Lieferantenwechsel in Bezug auf Ihre Pflegehilfsmittelversorgung.

## Versicherte/r:

<input type="checkbox"/> Herr <input checked="" type="checkbox"/> Frau	Vorname: Ursula	Nachname: Pukas
Straße, Nr.: Gladbacherstr 1		Telefon/Mobil: +49216254719200
Adresszusatz:	PLZ, Ort: 41747 Viersen	

## Bestätigung meines Pflegehilfsmittel-Anbieterwechsels zu:

EVS Gruppe GmbH  
Bei dem Gerichte 9  
37445 Walkenried

Sehr geehrte Damen und Herren,  
hiermit möchte ich meinen neuen Pflegehilfsmittel-Anbieter anmelden:

EVS Gruppe GmbH  
Bei dem Gerichte 9  
37445 Walkenried  
Telefon: +49 (0) 5525 999 793 0

330313667  
IK-Nr. des Leistungserbringers

Dort nehme ich 01.06.20 den Service der monatlichen „EVS-PflegeVitalBox-Lieferung“ in Anspruch. Die Versorgung meines vorherigen Anbieters habe ich gekündigt.

Mit freundlichen Grüßen



13.08.2024

Datum



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)