

## Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort			Pflegekasse		
ch beantrage die Kosteni	ibernahme für:				
rages nach § 40 Absatz Pflegenillsmitteibox 35475	gentwegflogeszilfsmittel – F 2 SGB XI/bei Beihilfebere 3 Darüher hinausgehend mc-pflege.de	chtigung bis maximal de	r Hälfte des	monatlichen Hö	
			grose	eintragen	
infektionsmittel	Zum Verbrau	ch bestimmte Pflegehilfs		1)	
FFP-2Masken, weiß		VB-001	20 Stk. 1.0000		
fektion, klein Flächendesinfektionsmittel		VB-002	500ml		
Flächendesinfektionstücher		VB-003	80 Stk.		
Händedesinfektion, groß		VB-004	500ml		
Händedesinfektion, klein		VB-005	100ml		
Bettschutz		VB-006	25 Stk.		
Einmalhandschuhe, Nitril		VB-007	100 Stk.		
Mundschutzmasken, blau		VB-008	50 Stk.		
Schutzschürzen, kurz		VB-009	100 Stk.		
Schutzschürzen, lang		VB-010	100 Stk.		-
			1		<u> </u>
Pflegehilfsmittel zur K Befreiung vorliegt.	örperpflege/Körperhygie	ne (PG 51) unter Abzug o	der gesetzlich	hen Zuzahlung,	soweit keine
Bezeichnung	Pflegehilfsmitt	Pflegehilfsmittelpositionsnummer		Menge ein- tragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel a	ur Körperpflege/Hygiene	und zur Linderung von	größe Beschwerder	•	





durch folgenden Leistungserbringer:		T			
Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen				
1998-08-21 □ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegeh	nilfsmittels/der Pflegehilf	fsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer			
umfassend beraten, insbesondere darüber KK-Nummer: 0000000000 - welche Produkte und Versorgung	) gsmöglichkeiten für me	ine konkrete Versorgungssituation geeignet und			
notwendig sind, - die ich ohne Merikosten erhalten	kann.				
Pflegekasse: AOK Hesser	١				
Form des Beratungsgesprächs:		en Geschäftsräumen			
Privatversichert: Nein	_	Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)			
i iivatversienert. Nein	□ Beratung in de				
Der o. g. Leistungserbringer hat	□ mich persönlic	ch und/oder			
Der er gr Deretangeer zumger nat					
	hörigen)	3			
Datum der Beratung:					
Beratende/r Mitarbeiter/in:					
nahmslos für die häusliche Pflege durch ein gen der Tagespflege) verwendet werden dü Ich bin darüber aufgeklärt worden, das	<b>ne private Pflegeperson ( ürfen.</b> ss die Pflegekasse die Ko n eine Kostenübernahme	ert wurde, dass die gewünschten Produkte aus- (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtun- osten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem erklärung durch die Pflegekasse erhalten habe.			
Rostell ful evil. daruber illiausgenende Ee	istungen sina von inn se	ibst zu tragen.			
Datum	Unterschrift (	der/des Versicherten			
*Unterschrift der Betreuungsperson oder des ges	etzl. Vertreters bei Persone	n, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben			
Genehmigungsvermerk der Pflegekasse		J PG 51 mit Zuzahlung			
Sentingungsteinierk der i negekasse		J PG 51 ohne Zuzahlung			
□ PG 54		☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter			
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages		J PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter			
nach § 40 Absatz 2 SGB XI	_				
<ul><li>PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal de</li></ul>	er Hälfte des monatlichen H	löchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI			
	e. Hance des monathemen n	iocinsticenages mach 5 40 Absatz 2 3db Al			
(0)					
(Datum)	(IK	der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)			

