**{#kundenliste}**

**Abrechnungsmonat Februar 2023**

Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß

§§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI

**Erklärung zum Erhalt der Pflegehilfsmittel**

{Krankenkasse}

(Name der Pflegekasse) (IK der Pflegekasse)

(Anschrift und Telefonnummer der Pflegekasse)

{Name} {Vorname}, {Straße + HN}, {PLZ} {Ort}, {Tel.:}

(Name, Anschrift und Telefonnummer des Versicherten, ggf. eines Ansprechpartners)

{Versicherungsnummer}, {Geb.}

(Krankenversichertennummer bzw. Pflegeversichertennummer und Geburtsdatum)

**Hauswichtel GmbH** **460614809**

(Name des Leistungserbringers) (IK des Leistungserbringers)

**Amselweg 5, 35325 Mücke, 06400-9595058**

(Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringers)

Der zuvor genannte Leistungserbringer hat mir am die folgenden Pflegehilfsmittel übergeben, soweit ich sehen kann, sind diese in einwandfreiem Zustand. Soweit erforderlich, bin ich in den Gebrauch eingewiesen worden.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Artikel** | **Pflegehilfsmittelpositionsnummer** | **Anzahl** | **Gesamtpreis (€)** |
| Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch (PG 54) | 54.45.01.0001 |  |  |
| Fingerlinge (PG 54) | 54.99.01.0001 |  |  |
| Einmalhandschuhe (PG 54) | 54.99.01.1001 |  |  |
| Mundschutz (PG 54) | 54.99.01.2001 |  |  |
| Schutzschürzen – Einmalgebrauch (PG 54) | 54.99.01.3001 |  |  |
| Schutzschürzen – wiederverwendbar (PG54 | 54.99.02.3002 |  |  |
| Händedesinfektionsmittel (PG 54) | 54.99.01.0001 |  |  |
| Flächendesinfektionsmittel (PG 54) | 54.99.02.0002 |  |  |
| Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar (PG 51) | 51.40.01.4107 |  |  |
| Eigenanteil von 10 v.H. für wiederverwendbare saugende Bettschutzeinlagen der PG 51: | | |  |
| Ges.: |

Ich darf die überlassenen Pflegehilfsmittel nicht verleihen, übereignen oder verpfänden. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für die Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für darüberhinausgehende Leistungen sind von mir zu tragen. Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten.

(Datum und Unterschrift)

{/kundenliste}