

Ihre Anträge auf eine Kostenerstattung von Pflegehilfsmitteln

Sehr geehrte/r Kunde/in,

Sie erhalten beiliegend die Anträge für eine Kostenerstattung zum Verbrauch von Pflegehilfsmitteln. Die Voraussetzung für diesen Bezug ist die Eingruppierung in einen Pflegegrad bei häuslicher Pflege.

Mit dem Erhalt eines Pflegegrades haben Sie die Möglichkeit sich von Ihrer Pflegekasse bestimmte Pflegehilfsmittel, wie z. B. Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe oder Bettschutzunterlagen erstatten zu lassen – und zwar **bis zu einem monatlichen Betrag von 40 €! Somit ist die Versorgung mit diesen Hilfsmitteln für Sie kostenfrei.**

Zusätzlich können Sie auch wiederverwendbare Bettschutzunterlagen beantragen. Den zu leistenden Eigenanteil von 10% übernehmen wir für Sie. Sollten Sie zuzahlungsbefreit sein, reichen Sie jedoch Zuzahlungsbefreit sein, reichen Sie bitte eine Kopie Ihres aktuelles Befreiungsausweises einfach mit den Anträgen zusammen ein.

So einfach ist die Antragsstellung:

- ✓ **Wichtig:** Geben Sie sämtliche Produkte an, die Sie benötigen – sowohl derzeit als auch ggf. zukünftig!
 - ➔ Sie benötigen Hilfe? Rufen Sie uns gern kostenfrei an: **0800 800 23 00**
- ✓ Im beiliegenden Freiumschlag an uns zurückzusenden
- ✓ Fertig!

Wir leiten die Anträge an Ihre Pflegekasse weiter und beliefern Sie sofort nach der Genehmigung mit den von Ihnen gewünschten Produkten frei Haus.

Haben Sie weitere Fragen zu diesem Thema? Wir beraten Sie gern.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr diabetikerbedarf-Team

Antrag auf Kostenübernahme

Anlage 4 gem. § 78 Abs. 1 i. V. m. § 40 Abs. 2 SGB XI

Name:	Kundennummer:
Straße:	Versichertennummer:
PLZ, Ort:	Geburtsdatum:
Pflegekasse:	Telefonnummer:

Ich beantrage die **Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel** (Produktgruppe PG 54) bis maximal 40,00 € bzw. bei beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	vom Pflegebedürftigen auszufüllen			von der Pflegekasse auszufüllen	
	Menge/ Preis	Größe	benötigte Menge	genehmigt ja	nein
Saugende Bettschutzeinlagen/ Einmalgebrauch	50 Stk./ 21,54 €				
Fingerlinge Gr.2, Gr.3, Gr.4, Gr.5	100 Stk./ 5,64 €				
Einmalhandschuhe Gr. S, Gr. M, Gr. L, Gr. XL	100 Stk./ 7,18 €				
Mundschutz	50 Stk./ 7,18 €				
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	100 Stk./ 13,34 €				
Schutzschürzen wiederverwendbar	pro Stk./ 25,65 €				
Händedesinfektionsmittel	500 ml/ 8,21 €				
Flächendesinfektion	500 ml/ 6,16 €				

Hiermit wird bestätigt, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

PG 54 bis 40,00 € genehmigt von _____
 PG 54 bis 20,00 € (Beihilfeberechtigt) bis _____

Datum/ Unterschrift der/ des Pflegebedürftigen bzw. gesetzl. Vertreter	IK-Nummer der Pflegekasse	Datum, Stempel/Unterschrift der Pflegekasse
---	---------------------------	--

Antrag auf Kostenübernahme

Anlage 4 gem. § 78 Abs. 1 i. V. m. § 40 Abs. 2 SGB XI

Name:	Kundennummer:
Straße:	Versichertennummer:
PLZ, Ort:	Geburtsdatum:
Pflegekasse:	Telefonnummer:

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (Produktgruppe PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel	vom Pflegebedürftigen auszufüllen		von der Pflegekasse auszufüllen	
	Menge/Preis	werden benötigt <i>Menge</i>	ja	nein
saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	pro Stück/ 26,16 €			

Hiermit wird bestätigt, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung (Beihilfeberechtigt)
- PG 51 ohne Zuzahlung (Beihilfeberechtigt)

genehmigt von _____

bis _____

Datum/ Unterschrift der/ des Pflegebedürftigen bzw. gesetzl. Vertreter	IK-Nummer der Pflegekasse	Datum, Stempel/Unterschrift der Pflegekasse
--	---------------------------	---

Hier schneiden Sie gut ab!



**Senden Sie uns
kostenfrei Ihr
Rezept zu!**

Einfach ausdrucken
und ausschneiden.

An den Markierungen
in der Reihenfolge
1-3 nach innen falten.

Mit Klebestreifen oder
Klebstoff fixieren.

Rezept einlegen, letzte
Ecke falten, zukleben
und ab zur Post!

diabetiker
bedarf ...rundum besser versorgt

3

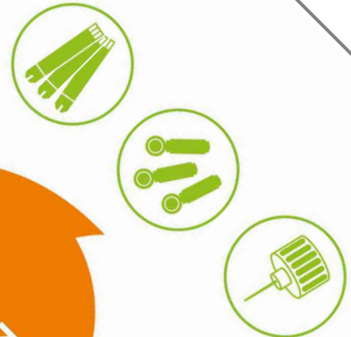
1

diabetikerbedarf db GmbH
Postfach 1362
48403 Rheine

Deutsche Post
ANTWORT

Das Porto
zahlen wir
für Sie!

**Keine
Zuzahlung**



Absender

4

2

Hier schneiden Sie gut ab!



diabetiker
bedarf ...rundum besser versorgt