

**Antrag auf Kostenübernahme**

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Absatz 1

in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen

2.1

**Versicherte/r:**

Felder, die mit \* gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder.

 Herr  Frau Vorname\*: \_\_\_\_\_

Nachname\*: \_\_\_\_\_

Straße/ Nr.\*: \_\_\_\_\_ Telefon\*: \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort\*: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Krankenkasse\*: \_\_\_\_\_

Versichertenr.\*: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum\*: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

 Pflegegrad\*: 1 2 3 4 5 Pflegegrad/-stufe seit: Monat \_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_
Denken Sie an **Krankenkasse** und **Versichertennummer**.**Antrag auf Kostenübernahme:**

2.2

- 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 SBG XI.

2.3

**Wird grundsätzlich benötigt****Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel****Positionsnr.:**

<input checked="" type="checkbox"/>	Bettschutzeinlagen (60 x 90 cm, Einmalgebrauch, saugend)	54.45.01.0001
<input checked="" type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe (puderfrei)	54.99.01.1001
<input checked="" type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input checked="" type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
<input checked="" type="checkbox"/>	Mundschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
<input checked="" type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch, wasserabweisendes Folienmaterial)	54.99.01.3001

**Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:**

2.4

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (**PG 51**) im Wert von 26,16 € pro Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

2.4

**Stückzahl (nach Bedarf)****Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene****Positionsnr.:**

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (75 x 85 cm)	51.40.01.4000
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	---	---------------

Hiermit bevollmächtige ich die Nawrath/Hoffmann GbR mit der Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch die Nawrath/Hoffmann GbR, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von Ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der CuraVita solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie die CuraVita als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Gewünschte Produkte werden von mir ausnahmslos für die ambulante private Pflege im angegebenen Umfang bezogen.

X

Datum \_\_\_\_\_

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigter(r) \_\_\_\_\_

**Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)**

Bitte per Mail zurück an: info@curavitashop.de

**IK 330506078** PG 54 bis 40,- € monatlich  PG 51 ohne Zzlg./Beihilfeberechtigter PG 54 bis 20,- € monatlich  PG 51 ohne Zzlg.  PG 51 mit Zzlg.  PG 51 mit Zzlg./Beihilfeberechtigter

Datum \_\_\_\_\_ IK der Pflegekasse/Stempel/Unterschrift \_\_\_\_\_