

HEIKE ROBBERT

0371 5362209

IK 331401029

kontakt@hilfsmittel-robbert.de

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____ Versichertennummer _____

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort _____ Pflegekasse _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- 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 SGB XI.
Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechengröße	Menge/Faktor (übliche Abgabemengen)
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG54)			
saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	<input type="checkbox"/> 25 St. / Packung <input type="checkbox"/> 30 St. / Packung
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<input type="checkbox"/> 100 St. / Packung
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<input type="checkbox"/> 100 St. / Packung
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<input type="checkbox"/> 50 St. / Packung
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	<input type="checkbox"/> ___ (Anzahl eintragen)
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<input type="checkbox"/> 100 St. / Packung
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<input type="checkbox"/> 1 St. / Packung
Schutzservietten - Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	<input type="checkbox"/> 100 St. / Packung
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<input type="checkbox"/> 100 ml / Flasche <input type="checkbox"/> 500 ml / Flasche
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<input type="checkbox"/> 250 ml / Flasche <input type="checkbox"/> 500 ml / Flasche
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<input type="checkbox"/> 80 St. / Packung
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<input type="checkbox"/> 80 St. / Packung

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechengröße	Menge/Faktor
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)			
saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4	1 Stück	<input type="checkbox"/> 2 Stück

durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift	Institutskennzeichen
HEIL & HILFSMITTEL für die Hauskrankenpflege Heike Robbert Bernsdorfer Straße 291 09125 Chemnitz	331 401 029

Bankverbindung
Sparkasse Chemnitz
IBAN DE29 8705 0000 3574 0001 10
SWIFT-BIC CHEKDE81XXX
USt-IdNr. DE153987635
Stand 17.06.2024

Anschrift
Bernsdorfer Straße 291
09125 Chemnitz
Tel. 0371 5362209
Fax 0371 5381113
FB 8.5_12

Öffnungszeiten
Mo.–Do. 7.00–18.00 Uhr
Fr. 7.00–15.00 Uhr

Die Daten werden zur individuellen Auswahl und Versorgung eines Hilfsmittels verarbeitet. Die Daten dürfen zum Zwecke der Prüfung und Genehmigung der Hilfsmittelversorgung auf Verlangen an Ihre Krankenkasse weitergeleitet und verarbeitet werden.

- 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,
 - ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs:

- Beratung in den Geschäftsräumen
- Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
- Beratung in der Häuslichkeit
- mich persönlich und/oder
- meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen) beraten.

Der o.g. Leistungserbringer hat

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. darüberhinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung
<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung
<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter
<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | |

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Hinweise zum Ausfüllen

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Bitte tragen Sie hier Ihre Kontaktdaten ein.

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer
Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort		Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- 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 SGB XI. **Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionnummer	Rechengröße	Menge/Faktor (übliche Abgabemengen)
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG54)			
saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	<input type="checkbox"/> 25 St. / Packung <input type="checkbox"/> 30 St. / Packung
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<input type="checkbox"/> 100 St. / Packung
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<input type="checkbox"/> 100 St. / Packung
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<input type="checkbox"/> 50 St. / Packung
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	<input type="checkbox"/> ___ (Anzahl eintragen)
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<input type="checkbox"/> 100 St. / Packung
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<input type="checkbox"/> 1 St. / Packung
Schutzservietten - Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	<input type="checkbox"/> 100 St. / Packung
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<input type="checkbox"/> 100 ml / Flasche <input type="checkbox"/> 500 ml / Flasche
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<input type="checkbox"/> 250 ml / Flasche <input type="checkbox"/> 500 ml / Flasche
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<input type="checkbox"/> 80 St. / Packung
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<input type="checkbox"/> 80 St. / Packung

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

Bitte wählen Sie hier alle Artikel aus, die für Sie in Frage kommen oder kommen könnten.
Wählen Sie diese Option aus, wenn Sie zusätzlich waschbare Bettschutzeinlagen beantragen möchten. Die Entscheidung über die Genehmigung unterliegt der Pflegekasse.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionnummer	Rechengröße	Menge/Faktor
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)			
saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4	1 Stück	<input type="checkbox"/> 2 Stück

durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift	Institutskennzeichen
HEIL & HILFSMITTEL für die Hauskrankenpflege Heike Robbert Bernsdorfer Straße 291 09125 Chemnitz	331 401 029

Bankverbindung
Sparkasse Chemnitz
IBAN DE29 8705 0000 3574 0001 10
SWIFT-BIC CHEKDE81XXX
UST-IdNr. DE153987635

Anschrift
Bernsdorfer Straße 291
09125 Chemnitz
Tel. 0371 5362209
Fax 0371 5381113

Öffnungszeiten
Mo.–Do. 7.00–18.00 Uhr
Fr. 7.00–15.00 Uhr

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,
 - ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs:	<input type="checkbox"/>	Beratung in den Geschäftsräumen
	<input type="checkbox"/>	Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
	<input type="checkbox"/>	Beratung in der Häuslichkeit
Der o.g. Leistungserbringer hat	<input type="checkbox"/>	mich persönlich und/oder
	<input type="checkbox"/>	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. darüberhinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

		Bitte die Unterschrift nicht vergessen.
Datum		Unterschrift der/des Versicherten*
		<small>*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben</small>

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse		<input type="checkbox"/>	PG 51 mit Zuzahlung
		<input type="checkbox"/>	PG 51 ohne Zuzahlung
<input type="checkbox"/>	PG 54	<input type="checkbox"/>	PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter
	bis maximal des monatlichen	<input type="checkbox"/>	PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter
<input type="checkbox"/>	PG 54 Beihilfeberechtigter		petrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI
(Datum)			(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Diesen Bereich braucht die Pflegekasse für die Genehmigung. Bitte nichts eintragen.