



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 IK 59 110 4416

Herr  Frau  Divers  Kind

Name, Vorname

Geburtsdatum

Kranken-/ Pflegekasse

Versichertennummer

Pflegegrad

Strasse, Plz und Wohnort

Telefon / Mobil

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. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Anzahl bis max. / Monat
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	
Fingerlinge	54.99.01.0001	
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	
Mundschutz	54.99.01.2001	
Schutzschürzen Einmalgebrauch	54.99.01.3001	
Schutzschürzen -wiederverwendbar	54.99.01.3002	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer/n	Anzahl bis max. / Monat
Saugende Bettschutzeinlagen -wiederverwendbar	54.40.01.4108	

- 1) Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der **Lieferung** an den Pflegedienst einverstanden und bestätige darüber informiert worden zu sein, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch den Pflegedienst) verwendet werden dürfen.
- 2) Ich bestätige die Richtigkeit des angegebenen Pflegegrades und bin damit einverstanden, durch falsche Angaben entstehende Kosten selbst zu tragen.
- 3) Die **Datenschutz-Information** zur Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten habe ich erhalten.
- 4) Ich wünsche ausdrücklich die Zusendung einer **Kopie der Kostenübernahmeerklärung/en** an den Leistungserbringer **Pflegehilfsmittel Berlin GmbH**.

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten, bzw. des gesetzl. Betreuers oder Bevollmächtigten)

## Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis zum Höchstbetrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 54 mit Beihilfeberechtigung bis 50% des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter
- PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)





## Patientenerklärung zur Wahl des Leistungserbringers / (falls zutreffend) Kündigung des bisherigen Leistungserbringers

Name, Vorname Versicherter .....  
Anschrift .....  
Postleitzahl / Ort .....  
Geburtsdatum .....  
Kranken-/ Pflegekasse .....  
Versicherten-Nr. ....  
Pflegegrad .....

### 1. Wahl des Leistungserbringers

a) Falls zutreffend bestätige ich hiermit, die Versorgung durch meinen aktuellen Leistungserbringer **bereits gekündigt** zu haben und mache somit von meinem Patientenwahlrecht Gebrauch.

b) Mit **sofortiger Wirkung** beauftrage ich die Firma Pflegehilfsmittel Berlin GmbH (IK: 591104416, nachfolgend: **Versorger** genannt) mit der Versorgung mit benötigten Pflegehilfsmitteln entsprechend meinem Anspruch gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) XI.

### 2. Einwilligung Datenweitergabe

Der Versorger verarbeitet meine personenbezogenen Daten zur Abwicklung der Bestellung und zu Abrechnungszwecken. Zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung verarbeitet der Versorger meine Daten in anonymer Form. Die Daten werden beim Versorger automatisiert verarbeitet. Die Datenschutz-Information zur Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten habe ich erhalten.

Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Versorger widerrufen kann.

---

Ort / Datum	Unterschrift des Versicherten	ggf. Unterschrift des gesetzlichen Betreuers oder des Bevollmächtigten
-------------	-------------------------------	--

