

Häusliche Pflege leicht gemacht mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln

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

Ab dem Pflegegrad 1 können Sie bis zu einem Wert von 40,- € pro Monat folgende Pflegehilfsmittel in Anspruch nehmen:



Flächendesinfektion



Handdesinfektion



Bettschutzeinlagen



Handschuhe



Mundschutz



Schutzschürzen

Antrag auf Kostenübernahme
 Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI (Anlage Anlage 4)

SCHRÖDER
 ORTHOPÄDIE U. REHATECHNIK
 GmbH & Co. KG

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen: _____ NAME: _____ PLZ/ORT: _____
 STRASSE/NO.: _____ K.D. NR.: _____ PFLEGEGRAD: 1 2 3 4 5
 GEB. DATUM: _____ E. MALL: _____ VERSICHERTER INH.: _____
 TELEFON: _____
 PFLIEGEKASSE: _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel – Produktgruppe 54 – bis maximal 40,00 € monatlich (bei Behilfeberechtigung bis maximal 20,00 €).

VERFAHRENSTITEL (PG 54)	ZUTREFFENDES ANZEICHEN	PFLIEGEHILFSMITTELPOSITIONSKÜRMER	JEZ nach der Pflegekasse vereinbart	
			GENEHMIGT	NICHT GENEHMIGT
Saugende Bettschutzeinlagen	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmal-Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen (Einmalartikel)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.400X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmal-Lätzchen	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wiedererreichbare Krankheitsstadien (PG 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

STÜCK (sonst angeben)	PFLIEGEHILFSMITTELPOSITIONSKÜRMER	JEZ nach der Pflegekasse vereinbart
	51.40.01.400X	GENEHMIGT <input type="checkbox"/> NICHT GENEHMIGT <input type="checkbox"/>

Ich beantrage das Schröder Orthopädie und Rehathechnik GmbH & Co. KG mit der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum _____ bis _____ (maximal bis zum 31.12.2024) sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegeleistungen) verwendet werden dürfen.

STAMPF/UNTERSCHRIFT DER PFLIEGEKASSE: _____
 STAMPF/UNTERSCHRIFT DER VERSICHERTEN ODER DES GESETZLICHEN VERTRETERS/BETREUER: _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse: PG 54 bis 40 € monatlich PG 51 mit Zuschlag PG 54 bis 20 € monatlich PG 51 mit Zuschlag/Behilfeberechtigte PG 51 ohne Zuschlag PG 51 ohne Zuschlag/Behilfeberechtigte

STAMPF/UNTERSCHRIFT DER PFLIEGEKASSE: _____
 Schröder Orthopädie und Rehathechnik GmbH & Co. KG | Lange Str. 42, 10233 Berlin | Tel. +49 (0)30 71 98077 | Rehab@schroeder-rehathechnik.de | www.schroeder-rehathechnik.de

Nutzen Sie den gesetzlichen Anspruch auf kostenfreie Pflegehilfsmittel. Wir beraten Sie gerne.

Unsere Mitarbeiter beraten Sie gern – sprechen Sie uns einfach an!

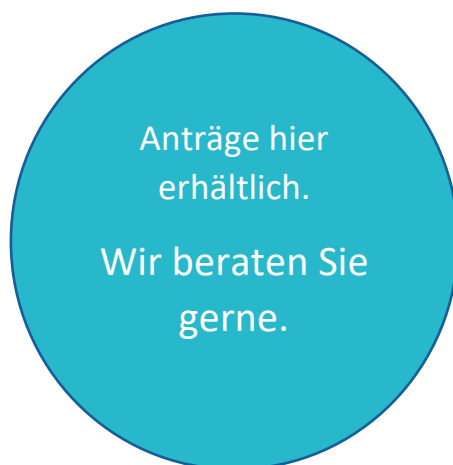


Häusliche Pflege leicht gemacht mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln

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

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel wie Bettschutzeinlagen, Desinfektionsmittel oder Einmalhandschuhe dienen dem Schutz der Pflegepersonen. Wer pflegebedürftig ist und zu Hause wohnt oder in einer Wohngemeinschaft betreut wird, kann sich regelmäßig mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln versorgen lassen. Die Pflegekasse übernimmt die Kosten.

1. Sie füllen den Antrag auf Kostenübernahme aus, hierbei helfen wir Ihnen gerne.
2. Wir beantragen die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel bei Ihrer Pflegekasse für Sie
3. Nach Genehmigung stellen wir Ihnen die gewünschten Produkte zusammen.
4. Sie entscheiden wann Sie Ihre Produkte erhalten möchten.



Benennung des Hilfsmittels	Menge	Einheit	Preis
Einmalhandschuhe	100	Paar	0,50
Desinfektionsmittel	1	Flacon	10,00
Bettschutzeinlage	1	Stück	15,00

Unsere Mitarbeiter beraten Sie gern – sprechen Sie uns einfach an!