

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

☐ Frau ☐ Herr	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:		PLZ, Ort:
Geb.-Datum:		Pflegegrad vorhanden: ☐ ja ☐ nein
Telefon:		E-Mail:
Pflegekasse:		Versicherten-Nr.:
Versicherungsart: ☐ gesetzlich ☐ privat ☐ beihilfeberechtigt ☐ über Sozialamt/Ortsamt		

Ich beantrage die Kostenübernahme

☐ für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (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 hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)	Pflegehilfsmittelpositionen-Nr.	Rechengröße	Lieferinhalt	Faktor	Erläuterung
Saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	30 Stück		Bitte unter Faktor gewünschte Menge eintragen! <u>Zum Beispiel:</u> Bettschutz Einmalgebrauch Faktor 30 = 1 x 30 Stk. Faktor 60 = 2 x 30 Stk. usw.
Fingerlinge – Größe: ☐ M ☐ L ☐ XL	54.99.01.0001	1 Stück	100 Stück		
Einmalhandschuhe – Größe: ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL	54.99.01.1001	1 Stück	100 Stück		
Medizinischer Mundschutz, 3-lagig	54.99.01.2001	1 Stück	50 Stück		
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 o. vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	5 Stück		Bei 500 ml bitte Faktor 5 und bei 1000 ml bitte Faktor 10 eintragen
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	50 Stück		
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1 Stück		
Einmalschutzserviette, 37 x 66 cm	54.99.01.4001	1 Stück	50 Stück		
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	500 ml		
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	500 ml		
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	20 Stück		
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	60 Stück		

☐ für saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar (Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51)) unter Abzug des gesetzlichen Eigenanteils, soweit keine Befreiung vorliegt.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar/waschbar, 85 x 90 cm / 2 x 45 cm	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer: WKM Medizintechnik GmbH, Dr.-Rank-Str. 8, 82275 Emmering, IK 590910604

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, die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs: ☐ Beratung in den Geschäftsräumen ☐ Telefonische oder digitale Beratung ☐ Beratung in der Häuslichkeit

Der o.g. Leistungserbringer hat ☐ mich persönlich und/oder ☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten/Angehörigen) beraten

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) 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. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

Ort/Datum: _____ Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten: _____

hier unterschreiben

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- ☐ PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages Datum: _____
☐ PG 54 Beihilfenberechtigung bis max. der Hälfte des monatl. Höchstbetrages
☐ PG 51 ohne Zuzahlung
☐ PG 51 mit Zuzahlung
☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfenberechtigter
☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfenberechtigter
- _____
(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)



WKM Medizintechnik GmbH
Dr.-Rank-Str. 8
82275 Emmering
Telefon: 08141 / 2297 0
Fax: 08141 / 2297 283
IK-NR.: 590910604

Ablehnung der persönlichen Beratung (wenn keine Beratung gewünscht ist)



Hier die Daten der **pflegebedürftigen Person** angeben, um eine eindeutige Zuordnung zu gewährleisten:

☐ Frau ☐ Herr

Vorname:

Nachname:

Geb.-Datum:

Versicherten-Nr.:

Sie haben Anspruch auf eine persönliche Beratung rund um die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch. Sollten Sie keine Beratung wünschen, bitten wir Sie, dies durch Ihre Unterschrift zu bestätigen. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie, dass Sie freiwillig auf die Beratung verzichten.

Nach der Genehmigung werden Sie direkt mit den benötigten Pflegehilfsmitteln versorgt.

Ich bestätige, dass ich ausreichend über die Produkte, deren Anwendung und den Zweck der Pflegehilfsmittel zum Verbrauch informiert bin und auf eine zusätzliche Beratung verzichte.

Ort/Datum:

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten: