

Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

Versicherte/r | Pflegebedürftige/r

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Plz, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Pflegekasse: _____ Versicherten Nr.: _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Ich beantrage Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel - Produktgr.54- bis max.40€ monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten trage ich selbst.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	ankreuzen	Pflegehilfsmittel-Pos.Nr.
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

Ich beantrage Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung vorliegt.

Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54)	ankreuzen	Pflegehilfsmittel-Pos.Nr.
Saugende Bettschutzeinlagen (Wiederverwendbar)	<input type="checkbox"/>	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer: Fachzentrum für Orthopädie Technik Tretin GmbH

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Meine Daten dürfen nur für den Zweck und Dauer der Leistungserbringung genutzt werden.

Datum, Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) X



Das Folgende bitte **nicht** ausfüllen.

Geheimungsvermerk der Pflegekasse		
<input type="checkbox"/> PG54 bis 40€ monatlich	<input type="checkbox"/> PG54 bis 20€ monatlich	<input type="checkbox"/> PG51 mit Zuzahlung
<input type="checkbox"/> PG51 ohne Zuzahlung	<input type="checkbox"/> PG51 mit Zuzahlung Beihilfeberechtigte(r)	<input type="checkbox"/> PG51 ohne Zuzahlung Beihilfeberechtigte(r)

Orthopädietechnik Tretin GmbH
Babenhäuserstr 21, 63128 Dietzenbach

IK-Nr.: 330 642 994; 330 601 724; 330 602 770

Datum: _____ IK-Nr.: _____ Stempel/Unterschrift: _____

Ihre Bestellung zur Gratis-Versorgung mit Pflegemitteln

Bitte eine der Boxen auswählen und ankreuzen:

<input type="checkbox"/> 1	<ul style="list-style-type: none">• 25x Bettschutz einmal, ohne Stecktuch• 100x Handschuhe Nitril• 500 ml Handdesinfektion• 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> 2	<ul style="list-style-type: none">• 500 ml Handdesinfektion• 500 ml Flächendesinfektion• 25x FFP2 Maske
<input type="checkbox"/> 3	<ul style="list-style-type: none">• 500 ml Flächendesinfektion• 100x Handschuhe Nitril• 25x FFP2 Maske	<input type="checkbox"/> 4	<ul style="list-style-type: none">• 100x Schürze• 100x Handschuhe Nitril• 500 ml Handdesinfektion• 25x Bettschutz einmal ohne Stecktuch
<input type="checkbox"/> 5	<ul style="list-style-type: none">• 50x Mundschutz 3-lagig• 100x Handschuhe Nitril• 500 ml Flächendesinfektion• 500 ml Handdesinfektion• 5x FFP 2 Maske	<input type="checkbox"/> 6	<ul style="list-style-type: none">• 50x Mundschutz 3-lagig• 100x Handschuhe Nitril• 500 ml Handdesinfektion• 25x Bettschutz einmal ohne Stecktuch
<input type="checkbox"/> 7	<ul style="list-style-type: none">• 100x Handschuhe Nitril• 500 ml Flächendesinfektion• 2x - 50x Mundschutz 3-lagig• 2x 500 ml Handdesinfektion	<input type="checkbox"/> 8	<ul style="list-style-type: none">• 100x Handschuhe Nitril• 500 ml Handdesinfektion• 50x Mundschutz 3-lagig• 2x 500 ml Flächendesinfektion

Ich wünsche die Einmalhandschuhe in Größe S M L XL

Name des Versicherten/Pflegebedürftigen

Name: _____

Vorname: _____

Versicherter ist gesetzlich pflegevers. privat pflegevers. beihilfeberechtigt über Sozialamt

Bewilligung der Pflegestufe/Pflegegrades erfolgte im Monat: _____ Jahr: _____

Ansprechpartner Angehöriger oder Pflegeperson

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Plz, Ort: _____

E-Mail: _____

Telefon: _____

Pflegeperson ist Partner Kind Elternteil Freund/Bekannte Betreuer

Pflegeperson ist als Betreuer bevollmächtigt ja nein

Pflegedienst (falls vorhanden)

Firmenname: _____

Ansprechpartner: _____

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)