

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

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

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 hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe Größe: <input style="width: 50px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	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.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
<input style="width: 50px;" type="text"/>	saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4

- durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
MEDI-MARKT Homecare GmbH, Dynamostraße 3, 68165 Mannheim	330 823 185

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.

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI
- PG 54 Beihilfeberechtigung
bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Bestellkarte **MEDI-MARKT**



SEGUNA Händedesinfektion

Hygiene durch keimvermindernde Wirkung. Tötet bzw. reduziert Krankheitserreger wie Bakterien, Viren und Pilze auf den Händen. Zum Schutz vor Ansteckungen und Infektionen. Wirkungsvoller als Händewaschen. Sehr gut hautverträglich.



SEGUNA Flächendesinfektion

Hygiene durch keimvermindernde Wirkung. Tötet bzw. reduziert Krankheitserreger wie Bakterien, Viren und Pilze auf Flächen wie z.B. Nachttischen, Toiletten, Türgriffen, Fernbedienungen usw.



SEGUNA Vinyl-Handschuhe*

Hygiene und Schutz vor Infektionen und Körperausscheidungen z. B. beim Wechseln von Inkontinenzprodukten oder Waschen und Umlagern des zu Pflegenden.



SEGUNA Mundschutz*

Als Schutz und zur Vorbeugung bei gesundheitlichen Gefährdungen. Verhindert die Übertragung von Krankheitserregern durch Sekret-Tröpfchen.

SEGUNA Einmalschürzen*

Zum eigenen Schutz und hygienischen Umgang mit dem Pflegebedürftigen z. B. beim Wechseln von Inkontinenzprodukten und Waschen des zu Pflegenden.



SEGUNA Schutzunterlagen*

Zum Schutz gegen Feuchtigkeit und Verunreinigungen von Liege- und Sitzflächen bei der täglichen Körperpflege im Bett z. B. bei Inkontinenz und dem Einsatz von Bettpfannen oder Urinflaschen.

Fingerlinge*

Schutzüberzüge für einzelne Finger zur Versorgung, wenn nicht die ganze Hand geschützt werden muss, z. B. bei der Darmhygiene.

**Produkte nach einmaligem Gebrauch bitte sofort entsorgen!*

Ich möchte folgendes Pflegepaket bestellen:

Unsere MEDI-PAKETE Bitte ankreuzen:	Paket A	Paket B	Paket C	Paket D	Paket E	Paket F	Wunsch-Paket
Schutzunterlagen	1 x 30 Stk.	1 x 50 Stk.	1 x 60 Stk.	–	1 x 30 Stk.	–	Gerne stellen wir mit Ihnen ein auf Ihre Bedürfnisse abgestimmtes Paket zusammen.
Vinyl-Handschuhe in S <input type="checkbox"/> , M <input type="checkbox"/> , L <input type="checkbox"/> , XL <input type="checkbox"/>	2 x 100 Stk.	1 x 100 Stk.	2 x 100 Stk.	2 x 100 Stk.	2 x 100 Stk.	1 x 100 Stk.	
Händedesinfektion	1 x 500 ml	–	–	2 x 500 ml	–	1 x 500 ml	
Flächendesinfektion	1 x 500 ml	2 x 500 ml	–	1 x 500 ml	–	1 x 500 ml	
Einmalschürzen	–	–	–	–	1 x 100 Stk.	1 x 100 Stk.	
Mundschutz	–	–	–	–	–	1 x 50 Stk.	
Fingerlinge	–	–	–	–	–	–	

1 2 3 4 5

Die versicherte Person hat folgenden Pflegegrad:



Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich meine zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel in Zukunft über die Firma **MEDI-MARKT** beziehe und nicht zeitgleich einen anderen Leistungserbringer in Anspruch nehme.

Kundennummer _____ Datum/Unterschrift _____

