|  |  |
| --- | --- |
| pflege_neu_neuBKK24-Hauptverwaltung | 31681 Obernkirchen#ab | **BKK24** | |
| **:** |
| **Telefon:**  **E-Mail:** |
| **Sie erreichen uns persönlich:** |
| **Postanschrift für schriftliche Anliegen:** BKK24 | 31681 Obernkirchen |
| **Ihr Zeichen:** |
| **Datum:** |

Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln entsprechend Pflegeversicherungsgesetz – PflegeVG § 78 Abs. 1 i. V. m. § 40 SGB XI

Sie benötigen für die ordnungsgemäße Pflege Pflegehilfsmittel für den einmaligen Gebrauch. Wir empfehlen folgende Verfahrensweise:

1. Mit beiliegendem Formular sind zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel zunächst bei uns zu beantragen. Der monatliche Bedarf darf 40,00 € nicht übersteigen.
2. Die Pflegekasse überprüft gem. § 40 Abs. 1 SGB XI die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln und bescheinigt diese auf dem Antrag. Kein Lieferant darf diese Produkte ohne Genehmigung zu Lasten der Pflegekasse ausliefern.
3. Bitte wenden Sie sich an einen Leistungserbringer Ihrer Wahl (z.B. Sanitätshaus, Apotheke).
4. Sie bescheinigen dem Lieferanten den ordnungsgemäßen Empfang der Ware und dieser rechnet dann direkt mit uns ab.

Haben Sie Fragen oder benötigen Sie weitere Informationen, rufen Sie uns gerne an!

Mit freundlichen Grüßen

Antrag auf Kostenübernahme

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| , |  |  |
| Name, Vorname | Geburtsdatum | Versichertennr. |
|  |  |  |
| 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 | **❒** | 54.45.01.0001 |
| Fingerlinge | **❒** | 54.99.01.0001 |
| Einmalhandschuhe | **❒** | 54.99.01.1001 |
| Medizinische Gesichtsmasken | **❒** | 54.99.01.2001 |
| Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2- oder vergleichbare Masken) | **❒** | 54.99.01.5001 |
| Schutzschürzen - Einmalgebrauch | **❒** | 54.99.01.3001 |
| Schutzschürzen - wiederverwendbar | **❒** | 54.99.01.3002 |
| Händedesinfektionsmittel | **❒** | 54.99.02.0001 |
| Flächendesinfektionsmittel | **❒** | 54.99.02.0002 |
| Händedesinfektionstücher | **❒** | 54.99.02.0001 |
| Flächendesinfektionstücher | **❒** | 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** |
|  | **saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar** | **51.40.01.4** |

**Bitte Rückseite beachten!**

**❒ durch folgenden Leistungserbringer:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Name und Anschrift** | **Institutionskennzeichen  (sofern bekannt)** |
|  |  |

**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 51 mit Zuzahlung |
| **❒** PG 54 Beihilfeberechtigung  bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | **❒** PG 51 ohne Zuzahlung |
|  | **❒** PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter |
|  | **❒** PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 182122660 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Datum) (IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)