

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

.....

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Versichertennummer)

.....

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

(Pflegekasse)

.....

(Telefonnummer)

(Verordner/Arzt)

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. Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	Standard VE	Menge/Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)					
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	25		
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	100		
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	100		
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	50		
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	1		
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	100		
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1		
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	500		Bei 500 ml bitte den Faktor 5, bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	500		
Hände-/Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	48		

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	Menge eintragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen)	1 Stück	2	


Datenschutzerklärung

- Ich wurde darüber informiert, dass meine personenbezogenen Daten nach den aktuellen Datenschutzrichtlinien für das Gesundheitswesen verarbeitet werden. Zur Abrechnung mit meiner Krankenkasse wird sich einer externen Abrechnungsstelle (opta data Abrechnungs GmbH) bedient, deren Mitarbeiter den gleichen Bestimmungen zum Datenschutz unterliegen.
- Über das Patientenwahlrecht wurde ich informiert. Ich willige hiermit ein, dass mein behandelnder Arzt, mein Krankenhaus und meine Krankenkasse Daten über meine Versorgung sowie ein Rezept oder Entlassungsrezept an eines der vorgenannten Unternehmen weiterleitet.
- Ich bin hiermit darüber in Kenntnis gesetzt worden, dass meine leistungsbezogenen Daten zur weiteren Versorgung intern in der Unternehmensgruppe, in das entsprechende Fachteam/GmbH, an meine Krankenkasse sowie an andere Leistungserbringer weitergeleitet werden und erkläre mich damit ausdrücklich einverstanden.
- Ich willige einer Auslieferung an Dritte (z.B. Nachbarschaft), auch über Zustelldienste, ein.

.....

(Datum, Unterschrift der/des Versicherten/deren ges. Vertreter/Betreuer)

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
 <p data-bbox="295 425 798 548">SCS Stoma-Center Südwestfalen GmbH Bühler Höhe 5 57258 Freudenberg Tel. 02734/598980 Fax 02734/598989</p>	<p data-bbox="933 324 1396 358">IK-Nr. 330594974</p>

- 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
 individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
 Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

- mich persönlich und/oder
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen) beraten.

Datum der Beratung:

Beratende/r Mitarbeiter/in:

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) 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 die Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüberhinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

.....
 (Ort und Datum)

(Unterschrift der/des Versicherten*)

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54
 bis maximal 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

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

.....
 (Datum)

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