

Antrag auf Kostenübernahme



My MediCare Box
Pflegehilfsmittel

Daten der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Frau Herr

Vorname:

Nachname:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Pflegekasse:

Pflegegrad:

Versicherten-Nr.:

Telefon:

E-Mail:
(falls vorhanden)

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte **Pflegehilfsmittel-Produktgruppe 54** bis maximal 40€ monatlich / bei Beihilfeanspruch 20€ monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)

Bitte zutreffendes
ankreuzen

Pflegehilfsmittel-
positionsnummer

Saugende Bettschutzeinlagen
mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)

54.45.01.0001

Fingerlinge
puderfrei

54.99.01.0001

Einmalhandschuhe
puderfrei

54.99.01.1001

Mundschutz
Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)

54.99.01.2001

Schutzschürzen
wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)

54.99.01.3001

Händedesinfektion
keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)

54.99.02.0001

Flächendesinfektion
keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)

54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)

Benötigte
Stückzahl

Pflegehilfsmittel-
positionsnummer

Saugende Bettschutzeinlagen
wasch- und wiederverwendbar

51.40.01.4

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungsbringer

My MediCare Box Pflegehilfsmittel / Ernst-Reuter-Straße 40 / 50354 Hürth

Institutionskennzeichen: IK 330504759

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich mit der Lieferung an den Pflegedienst einverstanden und bestätige darüber informiert worden zu sein, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch den Pflegedienst) verwendet werden dürfen.

Datum und Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

PG 54 bis 40€ monatlich
 PG 51 ohne Zuzahlung

PG 54 bis 20€ monatlich
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift