

IK: 301202632

Antrag auf Kostenübernahme

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI (Anlage 4)

Versicherte/r (Pflegebedürftige/r):

Vorname _____ Name: _____
 Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
 E-Mail: _____ Telefon _____
 Geb.-Datum: _____ Pflegegrad: 1 2 3 4 5
 Pflegekasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis maximal 40,00 € (bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 €) monatlich.

Verbrauchshilfsmittel (PG 54)		Vom Versicherten auszufüllen	Von der Pflegekasse auszufüllen	
Artikel	Pflegehilfsmittel-Positionsnummer	Ich benötige: (Anzahl je Einheit)	Genehmigung Pflegekasse ja nein	Genehmigte Anzahl
Saugende Bettschutzeinlagen, 50 St (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001			
Einmalhandschuhe, 100 St	54.99.01.1001			
Mundschutz (Einmalgebrauch) 50 St	54.99.01.2001			
Fingerlinge, 100 St	54.99.01.0001			
Schutzschürzen (Einmalgebr.), 100 St	54.99.01.3001			
Händedesinfektionsmittel, 500 ml	54.99.02.0001			
Flächendesinfektionsmittel, 500 ml	54.99.02.0002			

für Pflegehilfsmittel (PG 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10%, soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel (PG 51)		Vom Versicherten auszufüllen	Von der Pflegekasse auszufüllen	
Artikel	Pflegehilfsmittel-Positionsnummer	Ich benötige: (Anzahl je Einheit)	Genehmigung Pflegekasse ja nein	Genehmigte Anzahl
Bettschutzauflagen, waschbar	51.40.01.4			

Die gewünschten Hilfsmittel werden von mir dauerhaft benötigt und ausschließlich für die private Pflege verwendet. myCARE e.K. beauftrage ich mit der Lieferung der ausgewählten Pflegehilfsmittel sowie mit der Abrechnung mit der Pflegekasse. Zudem ersetzt myCARE e.K. meine bisherigen Lieferanten als Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel. Weiter beauftrage ich myCARE e.K., meine Kostenerstattungsansprüche gem. §40 Abs. 2 Satz SGB XI direkt mit meiner Pflegekasse abzurechnen. Diese Ansprüche trete ich bis auf Widerruf in Höhe von monatlich maximal 40,00 € bzw. bei Beihilfeberechtigung in Höhe von monatlich maximal 20,00 € an myCARE e.K. ab. Des Weiteren beauftrage ich myCARE e.K., den Antrag auf Kostenerstattung für Pflegehilfsmittel gemäß §40 Abs. 2 SGB XI zu prüfen und zu meiner Pflegekasse weiterzuleiten und genehmigen zu lassen.

Ich erteile mit meiner Unterschrift ebenfalls den Auftrag und die Vollmacht, den Bescheid meiner Pflegekasse entgegenzunehmen, zu prüfen und sämtliche Korrespondenz dazu mit der Pflegekasse zu übernehmen. Meine Daten dürfen von myCARE e.K. und den beauftragten Unternehmen zum Zweck der Leistungserbringung gespeichert und verarbeitet werden.

X _____
 Ort, Datum

X _____
 Unterschrift Pflegebedürftige/r oder Bevollmächtigte/r

