

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir freuen uns über Ihr Interesse an einer Versorgung mit Pflegehilfsmitteln durch uns.

Damit wir Ihre Versorgung übernehmen können und die Kosten dafür von Ihrer Pflegekasse übernommen wird, bitten wir Sie, das Formular auf der folgenden Seite auszufüllen und uns zukommen zu lassen.

Sie können das Formular ausdrucken und per Hand ausfüllen und dann per Fax oder Post an uns schicken, oder Sie füllen das Formular gleich bequem an Ihrem Rechner aus und drucken es dann zur Unterschrift aus.

Wenn Sie bereits eine Pflegehilfsmittel-Versorgung haben und Sie möchten zu uns wechseln, dann füllen Sie bitte die **Wechselerklärung** auf **Seite 3** aus und senden diese an Ihren Versorger.

Und hier eine Übersicht über die

Zuzahlungsfreien Pflegehilfsmittel

Kostenübernahme von Pflegehilfsmitteln nach Genehmigung Ihrer Krankenkasse bis 60,- € monatlich gemäß Produktgruppe 54.

Saugende Bettschutzeinlagen,
SeniSoft, Einmalgebrauch

60 cm x 90 cm	50 Stück	21,54 €
---------------	----------	---------

Fingerlinge gerollt,
aus Latex

Größe 2	100 Stück	5,64 €
Größe 3	100 Stück	5,64 €
Größe 4	100 Stück	5,64 €
Größe 5	100 Stück	5,64 €

Händedesinfektion Sterillium
umfassend wirksam gegen Bakterien,
Pilze und behüllte Viren

500 ml	1 Stück	8,21 €
--------	---------	--------

Einmal-Schürze aus PVC

80 x 125 cm Damen	100 Stück	18,45 €
80 x 140 cm Herren	100 Stück	18,45 €

Einmal-Mundschutz,
weiß, mit Gummizug




50 Stück	29,75 €
----------	---------

Handschuhe, unsteril, ungepudert
Gentle Skin Sensitive Latex

klein	100 Stück	18,90 €
mittel	100 Stück	18,90 €
groß	100 Stück	18,90 €

Flächendesinfektionsmittel Bacillol AF
rückstandsfrei, parfümfrei, aldehydfrei
gute Benetzung

500 ml	1 Stück	7,33 €
--------	---------	--------

-  Sie können Ihre Bestellung jederzeit kündigen.
-  Sie können Ihre Bestellung jederzeit ändern.
-  Wenn Sie andere Pflegehilfsmittel benötigen, fragen Sie uns bitte: Telefon 0851 - 95 97 330

Unserer ZIMEDA-Serviceteam ist
Montag – Donnerstag 8:00 – 18:00 Uhr
Freitag 7:30 – 15:30 Uhr
für Sie erreichbar:

 **0851 – 95 97 3 30**

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

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

1 Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen* *Pflichtangaben! Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:*	Name:*
Straße / Hausnummer:*		PLZ / Ort:*
Geb.-Datum:*(Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)		
Pflegekasse:*		Versicherten-Nr.:*(Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)

2 Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis maximal 60 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zutreffendes bitte ankreuzen	zum Verbrauch bestimmtes Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
<input checked="" type="checkbox"/>	Saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch	54.45.01.0001
<input checked="" type="checkbox"/>	Fingerlinge puderfrei	54.99.01.0001
<input checked="" type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe puderfrei	54.99.01.1001
<input checked="" type="checkbox"/>	Mundschutz Vlies, 3-lagig, zum Einmalgebrauch	54.99.01.2001
<input checked="" type="checkbox"/>	Schutzschürzen zum Einmalgebrauch	54.99.01.3001
<input checked="" type="checkbox"/>	Schutzschürzen wiederverwendbar	54.99.01.3002
<input checked="" type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel keimvermindern	54.99.02.0001
<input checked="" type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel keimvermindern	54.99.02.0002

3 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.

Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (Produktgruppe 51)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
	Saugende Bettschutzeinlagen wasch- und wiederverwendbar	51.40.01.4

4 Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift: Zimeda GmbH & Co. KG Dr.-Emil-Brichta-Straße 3; 94036 Passau	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 X Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

<input type="checkbox"/> PG 54 bis € 60 monatlich	<input type="checkbox"/> PG 54 bis € 20 monatlich	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung
<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)

Datum IK-Nr. der Pflegekasse Stempel/Unterschrift

FÜR DIE PFLEGEKASSE

