

Sehr geehrte Damen und Herren,

Bitte kreuzen Sie auf diesem Blatt Ihre notwendigen Pflegehilfsmittel an und unterschreiben Sie auf Seite 2 des Antrages.

Außerdem benötigen wir noch eine Unterschrift auf der Versorgungsanamnese/Wahlfreiheit und dem Datenschutz.

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 eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

Datum X ←

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

Sollte ich bis jetzt von einem anderen Versorger beliefert werden, kümmere ich mich selbst um die Kündigung mit diesem Leistungserbringer. Erfolgt diese nicht fristgerecht und es kommt daher zu Doppelversorgungen, erkläre ich mich einverstanden, die doppelte Versorgung privat zu zahlen.

↓

Ort X

Datum X

Unterschrift des Betroffenen bzw. Bevollmächtigten

↓

Name, Vorname (in Druckbuchstaben)

Ort X

Datum X

Unterschrift des Betroffenen bzw. Bevollmächtigten

Verbrauchsmittel (PG 54)

Artikel	Verpackungseinheit	Preis	benötigt werden:		
			JA	NEIN	Anzahl
Händedesinfektionsmittel	100 ml	1,43€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Händedesinfektionsmittel	500 ml	7,14€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Flächendesinfektionsmittel	500 ml	6,78€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Flächendesinfektionstücher	150 Stk	17,85€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Einmalhandschuhe	100 Stk.	9,52€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL
Saugende Bettschutzauflage, Einmalgebrauch	25 Stk	12,20€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Saugende Bettschutzauflage, Einmalgebrauch	30 Stk	14,64€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Schutzservietten, Einmalgebrauch	100 Stk	15,47€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
FFP2 Masken	6 Stk	4,64€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Medizinische Gesichtsmaske	50 Stk	8,33€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	100 Stk	15,47€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Schutzschürzen, wiederverwertbar	1 Stk	24,99€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Fingerlinge	100 Stk	5,95€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L
Waschbare Bettschutzzeilage	1 Stk	24,99€	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Ihre Krankenkasse übernimmt Ihren Bedarf bis zu einem maximalen Betrag von 40€ im Monat. Sobald uns dieser Antrag unterschrieben vorliegt, kontaktieren wir Sie um den genauen Bedarf abzustimmen.

Ihre Lettermann HomeCare-Abteilung