

Antrag auf Kostenübernahme -
zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß §78
Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI



Daten des Versicherten

Vorname	
Nachname	
Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Pflegekasse	
Versichertennummer	
Telefonnummer	
E-Mail	

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

<input type="checkbox"/>	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. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.
--------------------------	---

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen - Wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
<input type="checkbox"/>	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.	

Stückzahl (1-4)	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	Saugende Bettschutzeinlagen Wiederverwendbar	- 51.40.01.4

durch die Leistungserbringer Medilog Hamburg Teinert GmbH (IK: IK 330 203 879) und die Centro Apotheke. Mit meiner Unterschrift bestätige ist, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen. Meine Daten werden von der Centro Apothekengruppe gemäß der DSGVO verarbeitet.

.....
(Datum und Unterschrift der/des Versicherten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

<input type="checkbox"/>	PG 54 Bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
<input type="checkbox"/>	PG 54 Beihilfeberechtigung Bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
<input type="checkbox"/>	PG 51 mit Zuzahlung
<input type="checkbox"/>	PG 51 ohne Zuzahlung
<input type="checkbox"/>	PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter
<input type="checkbox"/>	PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

.....
(Datum)

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

Bitte reichen Sie den Antrag auf Kostenübernahme sowie das Formular „Mein Pflegepaket“ in einer Ihrer Centro Apotheken ein, oder schicken Sie es an uns.

Centro Apotheke Spitalerstrasse 7 20095 Hamburg backoffice@centro- apotheke.de	Centro-Jacobi-Apotheke Jakobikirchhof 8 20095 Hamburg info@jacobi-apotheke- hh.de	Centro Apotheke Niendorf Einkaufszentrum Niendorf-Nord Ernst-Mittelbach-Ring 49-55 22455 Hamburg info@centro-apotheke- niendorf.de
www.centro-apotheke.de		