

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer
Anschrift: Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort
Pflegekasse		

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- ☐ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge/Faktor	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	100	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	100	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	100	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	100	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	10	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	100	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	50	
Händedesinfektionsmittel 100 ml	54.99.02.0001	1 Stück	5	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel 100 ml	54.99.02.0002	1 Stück	5	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	50	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	50	

- ☐ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge/Faktor	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen! 	1 Stück		

durch folgenden **Leistungserbringer**:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
apotheke 4.0 Turmstr. 29 Tel. 030 – 39 87 52 22 10551 Berlin Fax 030 – 39 87 52 23	309518696

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

- ☐ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber
- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
 - die ich ohne Mehrkosten erhalten kann

Form des Beratungsgesprächs: ☐ Beratung in den Geschäftsräumen
☐ Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
☐ Beratung in der Häuslichkeit

Der o.g. Leistungserbringer ☐ hat mich persönlich und/oder
☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)
beraten.

Datum der Beratung

Beratende/r Mitarbeiter/in

- ☐ **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.

Unterschrift der/des Versicherten*

Datum

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

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|---|--|
| ☐ PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | ☐ PG 51 mit Zuzahlung |
| ☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung |
| | ☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

Datum

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer

Anschrift: Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort	Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- ☐ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge/Faktor	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	100	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	100	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	100	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	100	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	10	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	100	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	50	
Händedesinfektionsmittel 100 ml	54.99.02.0001	1 Stück	5	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel 100 ml	54.99.02.0002	1 Stück	5	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	50	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	50	

- ☐ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge/Faktor	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!	1 Stück		

durch folgenden **Leistungserbringer**:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
Apotheke im Gesundbrunnen-Center Badstraße 4 Tel. 030 – 49 76 04 19 13357 Berlin Fax 030 – 49 76 04 21	309517387

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

- ☐ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber
- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
 - die ich ohne Mehrkosten erhalten kann

Form des Beratungsgesprächs: ☐ Beratung in den Geschäftsräumen
☐ Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
☐ Beratung in der Häuslichkeit

Der o.g. Leistungserbringer ☐ hat mich persönlich und/oder
☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)
beraten.

Datum der Beratung

Beratende/r Mitarbeiter/in

- ☐ **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. darüberhinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

Unterschrift der/des Versicherten*

Datum

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

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|---|--|
| ☐ PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | ☐ PG 51 mit Zuzahlung |
| ☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung |
| | ☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

Datum

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer

Anschrift: Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort	Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- ☐ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge/Faktor	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	100	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	100	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	100	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	100	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	10	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	100	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	50	
Händedesinfektionsmittel 100 ml	54.99.02.0001	1 Stück	5	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel 100 ml	54.99.02.0002	1 Stück	5	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	50	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	50	

- ☐ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge/Faktor	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen! 	1 Stück		

 durch folgenden **Leistungserbringer**:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
Apotheke in den Hallen am Borsigturm Am Borsigturm 2 Tel. 030 – 38 38 60 09 13507 Berlin Fax 030 – 38 38 61 22	309522226

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

- ☐ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber
- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
 - die ich ohne Mehrkosten erhalten kann

Form des Beratungsgesprächs: ☐ Beratung in den Geschäftsräumen
☐ Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
☐ Beratung in der Häuslichkeit

Der o.g. Leistungserbringer ☐ hat mich persönlich und/oder
☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)
beraten.

Datum der Beratung

Beratende/r Mitarbeiter/in

- ☐ **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.

Unterschrift der/des Versicherten*

Datum

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

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|---|--|
| ☐ PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | ☐ PG 51 mit Zuzahlung |
| ☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung |
| | ☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

Datum

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer

Anschrift: Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort	Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- ☐ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge/Faktor	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	100	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	100	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	100	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	100	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	10	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	100	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	50	
Händedesinfektionsmittel 100 ml	54.99.02.0001	1 Stück	5	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel 100 ml	54.99.02.0002	1 Stück	5	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	50	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	50	

- ☐ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge/Faktor	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!	1 Stück		

 durch folgenden **Leistungserbringer**:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
Apotheke im Ring Center II Frankfurter Allee 113 Tel. 030 – 55 66 90 88 10365 Berlin Fax 030 – 55 66 90 89	309522909

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

- ☐ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber
- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
 - die ich ohne Mehrkosten erhalten kann

Form des Beratungsgesprächs: ☐ Beratung in den Geschäftsräumen
☐ Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
☐ Beratung in der Häuslichkeit

Der o.g. Leistungserbringer ☐ hat mich persönlich und/oder
☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)
beraten.

Datum der Beratung

Beratende/r Mitarbeiter/in

- ☐ **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.

Unterschrift der/des Versicherten*

Datum

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

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|---|--|
| ☐ PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | ☐ PG 51 mit Zuzahlung |
| ☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung |
| | ☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

Datum

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer

Anschrift: Straße, Hausnummer	PLZ	Wohnort	Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- ☐ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge/Faktor	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	100	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	100	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	100	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	100	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	10	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	100	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	50	
Händedesinfektionsmittel 100 ml	54.99.02.0001	1 Stück	5	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel 100 ml	54.99.02.0002	1 Stück	5	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	50	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	50	

- ☐ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge/Faktor	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4  Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!	1 Stück		

durch folgenden **Leistungserbringer**:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
Apotheke im Schultheiss Quartier Stromstraße 14 Tel. 030 – 91 69 23 33 10551 Berlin Fax 030 – 91 69 23 34	309520769

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

- ☐ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber
- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
 - die ich ohne Mehrkosten erhalten kann

Form des Beratungsgesprächs: ☐ Beratung in den Geschäftsräumen
☐ Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
☐ Beratung in der Häuslichkeit

Der o.g. Leistungserbringer ☐ hat mich persönlich und/oder
☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)
beraten.

Datum der Beratung

Beratende/r Mitarbeiter/in

- ☐ **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. darüberhinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

Unterschrift der/des Versicherten*

Datum

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

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|---|--|
| ☐ PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | ☐ PG 51 mit Zuzahlung |
| ☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung |
| | ☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

Datum

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)