APOTHEKE MEIS

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname | Geburtsdatum | Versichertennummer

Anschrift: Straße, PLZ; Wohnort | Pflegekasse

Versicherte(r) ist: ☐ **gesetzlich pflegeversichert** ☐ **privat pflegeversichert** ☐ **beihilfeberechtigt**
☐ **zuzahlungspflichtig** ☐ **zuzahlungsbefreit nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI**
Bei einer Befreiung legen Sie bitte der Apotheke einmalig Ihren Befreiungsausweis vor.

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

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

Bezeichnung	**Pflegehilfsmittelpositionsnummer**	**Rechen-größe**	**Menge eintragen**	**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: (Bitte nur 1 Auswahl ankreuzen)

	Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
☐	Apotheke Meis am Krankenhaus Krankenhausstraße 8-12 49661 Cloppenburg	3 0 2 4 0 4 3 3 1
☐	Apotheke Meis in Sedelsberg Hauptstraße 51A 26683 Saterland	3 0 2 4 0 5 2 0 7

❒ 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: _____

❒ Ich beauftrage die Apotheke Meis mit der Belieferung und Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die Apotheke Meis mit Eingang dieses Antrages als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie - sofern vorhanden - meinen bisherigen Lieferanten (Wechselerklärung).

❒ 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.

Datum | | | | | | | | |

_____
Unterschrift der/des Versicherten*

*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 51 ohne Zuzahlung
❒ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
❒ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

❒ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

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