Antrag auf Kostenübernahme
zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

Lettermann
Ihr Partner im Gesundheitswesen
Wir sind für Sie da!

IK 330 516 490

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

☐ Frau ☐ Herr	Vorname	Nachname
Straße, Nr.		PLZ, Ort
Geb.Datum		Pflegegrad ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Telefon		E-Mail
Pflegekasse		Versicherten-Nr.

Antrag auf Kostenübernahme

☐ für Pflegehilfsmittel (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 €. v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel (PG 51)		Vom Versicherten auszufüllen			Von der Pflegekasse auszufüllen			
Artikel	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	benötigt werden:			genehmigt werden:			genehmigt bis:
		JA	NEIN	Anzahl/Einheit	JA	NEIN	Anzahl/Einheit	
Bettschutzauflage, waschbar	51.40.01.4							

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen. Ich beauftrage die Sanitätshaus Lettermann GmbH mit der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme, sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse.

Ort, Datum

✗ Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

☐ PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
☐ PG 54 Beihilfenberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages
☐ PG 51 ohne Zuzahlung
☐ PG 51 mit Zuzahlung
☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

Datum

IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift

© 2017 Sanitätshaus Lettermann GmbH

Antrag auf Kostenübernahme

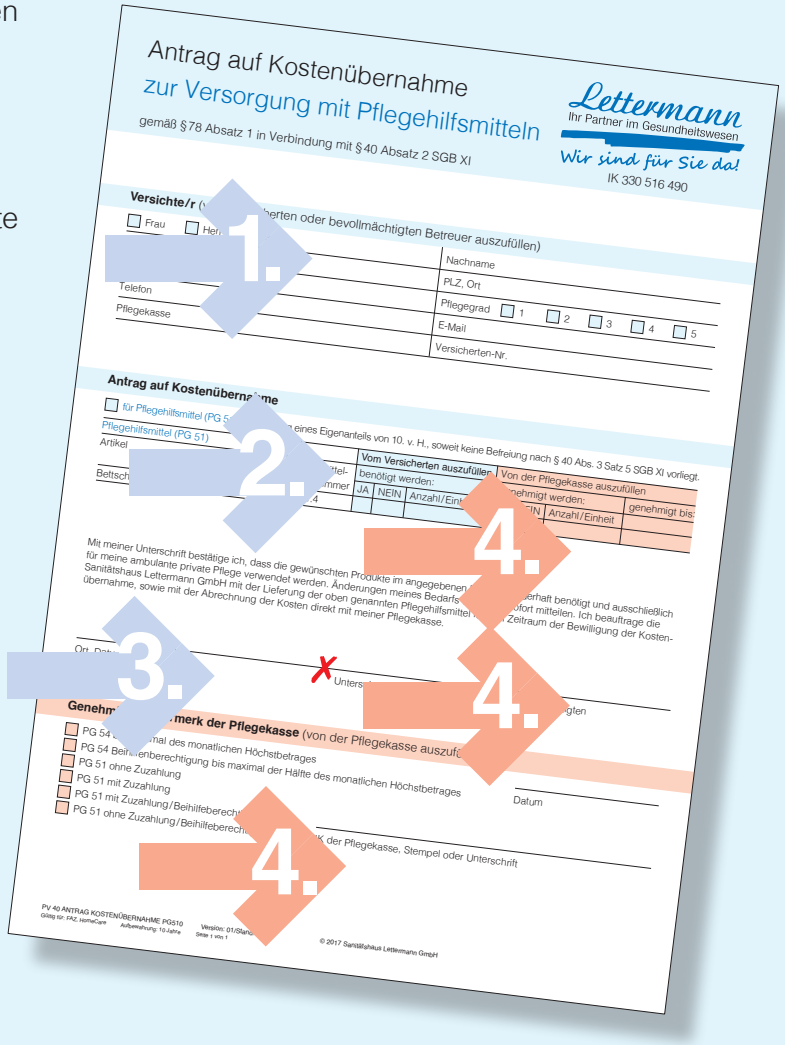
So füllen Sie Ihren Antrag richtig aus.

1. Persönliche Daten des zu Pflegenden

2. Benötigen Sie waschbare Bettschutzauflagen, dann kreuzen Sie bitte „Ja“ an und geben die Menge an

3. Ort/Datum und Unterschrift

4. Diese Bereiche nicht ausfüllen. Diese Bereiche werden von Ihrer Pflegekasse ausgefüllt



ACHTUNG: Den ausgefüllten Antrag auf Kostenübernahme in den beiliegenden Freiumschlag geben und abschicken

Haben Sie Fragen? Kostenlose Servicehotline 02162/3739755

Lettermann
Ihr Partner im Gesundheitswesen
Wir sind für Sie da!

Sanitätshaus Lettermann GmbH
Helmholtzstraße 27, 41747 Viersen
care@lettermann.de