

Antrag auf Kostenübernahme (Seite 1/2)

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



1 Versicherte/r:

Frau	Herr	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:		Telefon / Mobil:	
PLZ:	Ort:		
E-mail:	Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Krankenkasse:	Versichertennr.:		

2 Antrag auf Kostenübernahme:

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

Wird grundsätzlich benötigt Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel Positionsnummer

	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
	Fingerlinge	54.99.01.0001
	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
	Mundschutz	54.99.01.2001
	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
	Schutzschürzen (Wiederverwendbar)	54.99.01.3002
	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002

3 Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (**PG 51**) im Wert von 26,16 € pro Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt

Stückzahl (nach Bedarf)				Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Positionsnummer
1	2	3	4	Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (75 x 85 cm)	51.40.01.4

Hiermit bevollmächtige ich Vitalset mit der Antragstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch Vitalset, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber Vitalset solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie Vitalset als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Gewünschte Produkte werden von mir ausnahmslos für die ambulante private Pflege im angegebenen Umfang bezogen.

4 Datum Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

Bitte zurück an die Faxnummer **040 / 34 99 99 990**

PG 54 bis 40,- € monatlich PG 51 ohne Zzgl./Beihilfeberechtigter **IK 330205143**
 PG 54 bis 20,- € monatlich PG 51 mit Zzgl./Beihilfeberechtigter PG 51 ohne Zzgl. PG 51 mit Zzgl.

Datum _____ IK der Pflegekasse / Stempel / Unterschrift _____

5 Name der / des Versicherten/Pflegebedürftigen

Frau	Vorname:	Name:
Herr	Telefon:	E-Mail:
Pflegegrad (Bitte unbedingt angeben!) 1 2 3 4 5 Ich habe keinen Pflegegrad		
Versicherte(r) ist: gesetzlich pflegeversichert privat pflegeversichert beihilfeberechtigt über Ortsamt / Sozialamt versichert		

6 Angehörige(r) / Pflegeperson *Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen*

Frau	Vorname:	Name:
Herr	Telefon:	PLZ / Ort:
Straße/Nr.:		E-Mail:
Pflegeperson ist: Ehe-/Lebenspartner Schwieger-Tochter/Sohn		Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: ja nein
Mutter/Vater Freund(in)/Bekannte(r)		

7 Boxenauswahl

BOX 1 BOX 2 BOX 3 BOX 4 BOX 5 BOX 6

8 Individuelle Box (Kontaktieren Sie uns gerne bei Fragen.)

9 Lieferadresse

an die/den Versicherte(n) Pflegebedürftige(n)	an die/den Angehörige(n) Pflegeperson	an den Pflegedienst
	ACHTUNG: Bitte beiliegende Vollmacht ausfüllen und an uns zurücksenden	

10 Rechnungsempfänger *Rechnungen werden nur bei Privatpatienten verschickt!*

Versicherte(r) / Pflegebedürftige(r)	Angehörige(r) / Pflegeperson
--------------------------------------	------------------------------

11 Pflegedienst

<p>Bitte nennen Sie den betreuenden Pflegedienst</p> <p>Name/Adresse Pflegedienst (Stempel):</p> <p>Referenz/Partnernummer:</p>	<p>Ich wünsche, dass der genannte Pflegedienst die folgenden Leistungen erbringt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information über den gesetzlichen Anspruch auf die Erstattung von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln - Unterstützung bei der Auswahl der geeigneten Produkte und Bearbeitung des Antragsformulars - Einweisung in die sach- und fachgerechte Nutzung der Produkte
--	--

<p>Einmalhandschuhe (Größe):</p> <p>S M L XL</p>	<p>Lieferrhythmus:</p> <p>Monatlich Alle 2 Monate</p>	<p>Bitte beachten Sie, dass bei Lieferrhythmus „Alle 2 Monate“ die Pauschale aus dem Vormonat verfällt!</p>
--	---	---

Abtretungs / Beauftragung / AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit beauftrage ich die Vitalset (Sorbenstraße 22, 20537 Hamburg, Tel 040 / 34 99 99 900, UST-ID Nr..DE328462284, Steuer-Nr. 46/237/03164, Geschäftsführer Dimitri Steinfeyer) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragsteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an Vitalset ab. Hiermit gestatte ich die Verarbeitung, Speicherung meiner personenbezogenen Daten und sensiblen Daten zum Zweck der Leistungserbringung durch Vitalset sowie die Weitergabe dieser Daten an Kooperationspartner zu vorgenannten Zwecken und habe jederzeit das Recht, mein Einverständnis zu widerrufen, z. B. mit einer E-Mail an info@vitalset.de. Weitere Informationen hierzu finde ich in den Datenschutzhinweisen (einzusehen auf der Rückseite dieses Antrags).

13  _____
Datum

 _____
Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)