

So füllen Sie Ihren Antrag auf Kostenübernahme für kostenfreie Pflegehilfsmittel richtig aus.

Antrag auf Kostenübernahme

1. Persönliche Daten des zu Pflegenden.
Bitte beachten Sie, dass die Kosten nur dann von Ihrer Pflegekasse übernommen werden, wenn ein Pflegegrad besteht und Sie zur Zeit noch nicht mit diesen Produkten versorgt werden.


2. Damit Sie zukünftig zwischen allen Produkten frei wählen und ggf. zwischen den Paketen wechseln können, ist es notwendig, dass Sie möglichst alle Produkte auswählen, auch wenn Sie diese jetzt noch nicht beziehen wollen.

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

4. Ort/Datum und Unterschrift

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

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



Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Vorname	Nachname
Straße, Nr.	
Geb.-Datum	
Telefon	
Pflegekasse	Versicherten-Nr.

* Hinweis: Bitte beachten Sie, dass Sie aufgrund des Pflegegeldgesetzes II 2017 Ihren Pflegegrad angeben. Nur bei bestehendem Pflegegrad werden die Kosten von Ihrer Pflegekasse übernommen. Ich werde zur Zeit nicht mit diesen Produkten versorgt.

Antrag auf Kostenübernahme

für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis max. des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Abs 2 SGB XI/ Beihilfeberechtigung bis max. der Hälfte des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Abs 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchsmittel (PG 54)	Pflegehilfsmittelpositionen:	vom Versicherten auszufüllen
Artikel		zutreffendes ankreuzen:
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/>
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	54.99.01.1001	<input type="checkbox"/>
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/>
Schutzklötchen, Einmalgebrauch	54.99.01.3002	<input type="checkbox"/>
Mundschutz	54.99.01.3003	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3004	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3005	<input type="checkbox"/>
Fingerlinge	54.99.01.0001	<input type="checkbox"/>

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

Pflegehilfsmittel (PG 51)	Abgabe	vom Versicherten auszufüllen
Artikel		zutreffendes ankreuzen:
Bettschutzauflage, waschbar	54.99.01.4	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Sollten sich meine Bedürfnisse ändern, werde ich Ihnen sofort mitteilen.

Ort / Datum _____ Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten _____ ← hier unterschreiben

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

<input type="checkbox"/> PG 54 bis monatlich	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuordnung	Datum _____
<input type="checkbox"/> PG 54 bis monatlich	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuordnung/ Beihilfenberechtigter	
<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuordnung	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuordnung/ Beihilfenberechtigter	

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift) www.rahm.de

rahm Zentrum für Gesundheit GmbH · Camp-Spich-Straße 27-35 · 53842 Troisdorf-Spich · IK-NR.: 330539420 · Tel.: 0 22 41 / 908-230 Seite 3

ACHTUNG: Den ausgefüllten Antrag auf Kostenübernahme und das Bestellformular in den beiliegenden Freiumschlag geben & abschicken.

Sie haben noch Fragen zur rahm Zentrum für Gesundheit GmbH? Wir helfen Ihnen gern weiter. Rufen Sie uns an.



kostenlose Servicehotline 0 22 41 / 908-230

Mo-Do: 8:00 Uhr bis 18:00 Uhr
Freitag: 8:00 Uhr bis 17:00 Uhr



auftragsannahme.care@rahm.de

Ihr Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

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

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Vorname	Nachname
Straße, Nr.	PLZ, Ort
Geb.-Datum	Pflegegrad* <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon	E-Mail
Pflegekasse	Versicherten-Nr.

* **Hinweis:** Bitte beachten Sie, dass Sie aufgrund des Pflegestärkungsgesetz II 2017 Ihren Pflegegrad angeben. Nur bei **bestehendem Pflegegrad** werden die Kosten von Ihrer Pflegekasse übernommen. Ich werde zur Zeit nicht mit diesen Produkten versorgt.

Antrag auf Kostenübernahme

für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis max. des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI/ Beihilfeberechtigung bis max. der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (PG 54)		vom Versicherten auszufüllen
Artikel	Pflegehilfsmittelpositionsnr.	zutreffendes ankreuzen:
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/>
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	54.99.01.1001	<input type="checkbox"/>
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001	<input type="checkbox"/>
Schutzlätzchen, Einmalgebrauch	54.99.01.5001	<input type="checkbox"/>
Mundschutz	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002	<input type="checkbox"/>
Fingerlinge	54.99.01.0001	<input type="checkbox"/>

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
Artikel	Pflegehilfsmittelpositionsnr.	zutreffendes ankreuzen:
Bettschutzauflage, waschbar	51.40.01.4	<input type="checkbox"/>

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 Ihnen sofort mitteilen.

← Hier unterschreiben

Ort / Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis max. des monatl. Höchstbetrages | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis max. der Hälfte des monatl. Höchstbetrages | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfeberechtigter |
| <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfeberechtigter |

Datum

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)

www.rahm.de