

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

Antrag auf Kostenübernahme

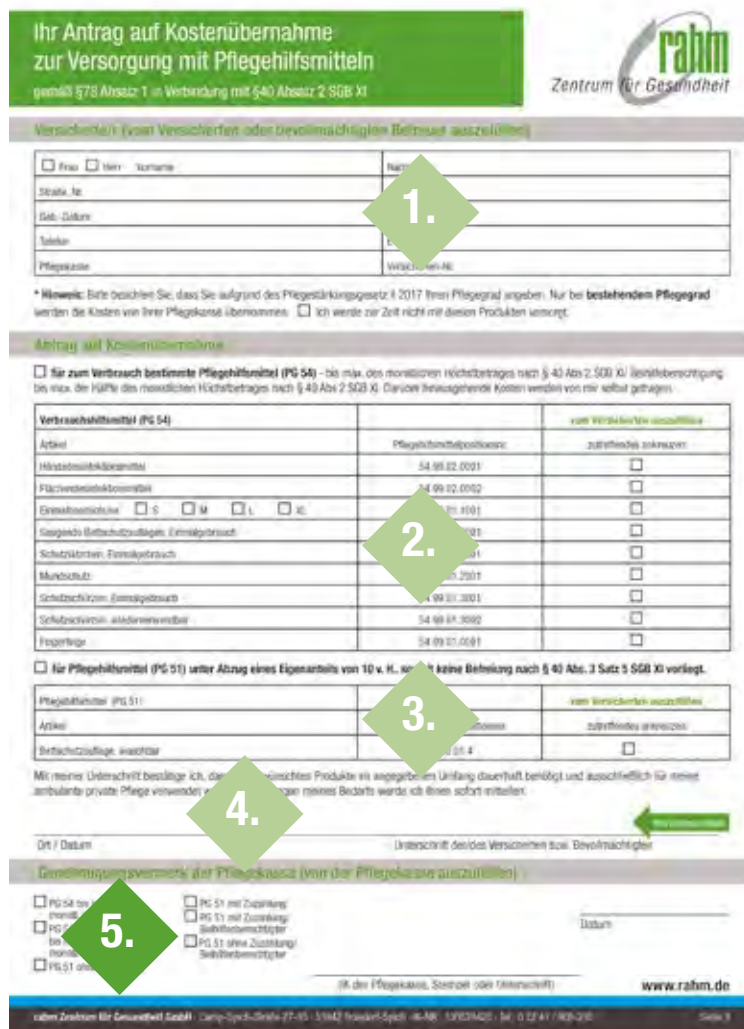
1. Persönliche Daten des zu Pflegenden. Bitte beachten Sie, dass die Kosten nur dann von Ihrer Pflegekasse übernommen werden, wenn ein Pflegegrad besteht und Sie zur Zeit noch nicht mit diesen Produkten versorgt werden.

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

Versicherten (von Versicherer oder bevollmächtigtem Beauftragten auszufüllen)

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> sonstige	Nachname
Strasse, Nr.	
Bibl.-Datum	
Telefon	
Pflegekasse	Wahlzeichen-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 Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 SGB XI (einmalige Bereitstellung bis max. der Hälfte des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 SGB XI). Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchsmittel (PG 54)	Pflegehilfsmittelpostleaste	zum Verbrauch freigegeben
Artikel		zutreffendes ankreuzen
Händedesinfektionsmittel	54 99 02 0001	<input type="checkbox"/>
Flächdesinfektionsmittel	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 02 0003	<input type="checkbox"/>
Gelegende Bettschutzauflagen: Einmalgebrauch	54 99 02 0004	<input type="checkbox"/>
Schutzkissen: Formelgebrauch	54 99 02 0005	<input type="checkbox"/>
Mundschutz	54 99 02 0006	<input type="checkbox"/>
Schutzkissen: Einmalgebrauch	54 99 02 0007	<input type="checkbox"/>
Schutzkissen: abtunbarwuschbar	54 99 02 0008	<input type="checkbox"/>
Fragebogen	54 99 02 0009	<input type="checkbox"/>

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

Pflegehilfsmittel (PG 51)	Stamm	zum Verbrauch freigegeben
Artikel		zutreffendes ankreuzen
Bettschutzauflage: waschbar	54 99 02 0010	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die angeforderten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Bei einem raschen Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen.

Ort / Datum _____ Unterschrift des/der Versicherten bzw. Bevollmächtigter _____

Identifizierungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

PG 54 bis monatlich
 PG 54 bis monatlich
 PG 51 bis monatlich

PG 51 mit Zuschlag
 PG 51 mit Zuschlag
 PG 51 ohne Zuschlag
 Selbstberbeiteter

(St. der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift) _____ Datum _____

www.rahm.de

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/ Beihilferechtigung 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)

- PG 54 bis max. des monatl. Höchstbetrages
 PG 54 Beihilferechtigung bis max. der Hälfte des monatl. Höchstbetrages
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilferechtiger
 PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilferechtiger

Datum

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)

www.rahm.de

Die Pflegepakete

Sie wählen einfach Ihr Wunschpaket aus und wir kümmern uns um die komplette Abwicklung mit Ihrem Kostenträger. Sie erhalten Ihr Pflegepaket im Wert von max. 40 € monatlich, kostenfrei & bequem nach Hause! Unsere Kunden favorisieren nachfolgende Pakete. Gerne können Sie Ihr Wunschpaket aber auch individuell zusammenstellen.

Unsere Starterpakete

rahm Paket 1

Händedesinfektion	500 ml
Bettschutzauflage Einmalgebrauch	50 Stück
Untersuchungshandschuhe, Vinyl	100 Stück

Ihre Handschuhgröße:

S
M
L
XL



rahm Paket 2

Flächendesinfektion	500 ml
Bettschutzauflage Einmalgebrauch	50 Stück
Untersuchungshandschuhe, Vinyl	100 Stück

Ihre Handschuhgröße:

S
M
L
XL



rahm Paket 3

Flächendesinfektion, alkoholfrei	500 ml
Händedesinfektion	500 ml
Bettschutzauflage Einmalgebrauch	30 Stück
Untersuchungshandschuhe, Vinyl	100 Stück

Ihre Handschuhgröße:

S
M
L
XL



rahm Waschbare Krankenunterlage

Sie erhalten 2 waschbare Krankenunterlagen.

- Mit Stecktuch zur Befestigung unter der Matratze. (Wirtschaftliche Aufzahlung von 9 € / Stück erforderlich.)
- Ohne Stecktuch.



Paket ausgewählt?

Jetzt nur noch den „Antrag auf Kostenübernahme“ ausfüllen und unterschreiben. Alles in den Freiumschlag und versenden!