

# 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 §7b Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Vorname	Nachname
Straße, Nr.	
Geb.-Datum <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</span>	
Telefon	
Pflegekasse	Versicherungs-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/ Befähigungsberechtigung bis max. der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages 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 3001	<input type="checkbox"/>
Saugende Bettschutzauflagen: Einmalgebrauch	54 99 01 0001	<input type="checkbox"/>
Schutzklappen, Einmalgebrauch	54 99 01 0002	<input type="checkbox"/>
Medizinischer Mundschutz	54 99 01 2001	<input type="checkbox"/>
FFP2 Masken	54 99 01 5001	<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. - keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel (PG 51)	Pflegehilfsmittelpositionen:	vom Versicherten auszufüllen
Artikel		zutreffendes ankreuzen:
Bettschutzauflage, waschbar	54 99 01 51 04	<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.

Ort / Datum Unterschrift des/der Versicherten bzw. Bevollmächtigten

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)**

<input type="checkbox"/> PG 54 bis monatlich	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung	
<input type="checkbox"/> PG 54 bis monatlich	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/ Substitutenberechtigter	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/ Substitutenberechtigter
<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung		Datum

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

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

**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

[www.rahm.de](http://www.rahm.de)

# Ihr Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

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



<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	54.99.01.4001	<input type="checkbox"/>
Medizinischer Mundschutz	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/>
FFP2 Maske	54.99.01.5001	<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 Beihilfenberechtigung bis max. der Hälfte des monatl. Höchstbetrages | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter  |
| <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung   | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter |

Datum

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)

[www.rahm.de](http://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 € monatl. kostenfrei & bequem nach Hause! Unsere Kunden favorisieren nachfolgende Pakete. Gerne können Sie Ihr Wunschpaket aber auch individuell zusammen stellen.

# rahm

## Unsere Starterpakete

**rahm Paket** 

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

Ihre Handschuhgröße: S   
M   
L   
XL



**rahm Paket** 

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

Ihre Handschuhgröße: S   
M   
L   
XL



**rahm Paket** 

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!