

# Antrag auf Kostenübernahme **SANIMED**

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI (analog Anlage 4)

IK 330551143

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen:

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Geb.-Datum:	Kd.-Nr.:	Pflegestufe: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III
Telefon:		E-Mail:
Pflegekasse:		Versicherten-Nr.:

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe 54 - bis maximal 40,00 € monatlich (bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 €). Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchsmittel (Produktgruppe 54)	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittel-positionennummer	wird von der Pflegekasse ausgefüllt	
			genehmigt	nicht genehmigt
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen - wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektion	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geben Sie hier bitte an, welches Pflegepaket (A - F) Ihrer Auswahl entspricht:				

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Körperhygiene (PG 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Verbrauchsmittel (Produktgruppe 51) (zusätzlich zu den 40,00 € können jährlich bis zu 4 waschbare Bettschutzeinlagen beantragt werden)	Stück á € 26,16	Pflegehilfsmittel-positionennummer	wird von der Pflegekasse ausgefüllt	
			genehmigt	nicht genehmigt
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)		51.40.01.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich beauftrage die SANIMED 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.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuer \_\_\_\_\_

✗ \_\_\_\_\_ ✗ \_\_\_\_\_

## Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis 40 € monatl.     
  PG 54 bis 20 € monatl.     
  PG 51 mit Zuzahlung  
 PG 51 ohne Zuzahlung     
  PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte     
  PG 51 ohne Zuzahlung

Datum \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift der Pflegekasse \_\_\_\_\_



Mitarbeiter: \_\_\_\_\_ SANIMED Homepage \_\_\_\_\_

# So kommt Ihr Antrag kostenlos zu uns.

*Einfach ausschneiden, auf Ihren Briefumschlag kleben und Porto sparen.*

**SANIMED** //

Wir zahlen  
das Porto  
für Sie!

Deutsche Post   
**ANTWORT**

SANIMED GmbH  
Abteilung Pflegehilfsmittel  
Gildestraße 68  
49479 Ibbenbüren

Drucken Sie dieses Blatt einfach aus (farbig oder schwarz-weiß), schneiden Sie es entlang der gestrichelten Linie aus und kleben Sie es auf einen normalen Briefumschlag.



**Antrag auf Kostenübernahme SANIMED //**

Bitte füllen Sie diesen Antrag für einen Antragsteller aus. Ein Antragsteller kann nur ein Antrag stellen. Ein Antragsteller kann mehrere Antragsteller sein. Ein Antragsteller kann mehrere Antragsteller sein. Ein Antragsteller kann mehrere Antragsteller sein. Ein Antragsteller kann mehrere Antragsteller sein.

Bitte füllen Sie diesen Antrag für einen Antragsteller aus. Ein Antragsteller kann nur ein Antrag stellen. Ein Antragsteller kann mehrere Antragsteller sein. Ein Antragsteller kann mehrere Antragsteller sein. Ein Antragsteller kann mehrere Antragsteller sein.

Versicherter/Produktgruppe	Versicherung	Produktgruppe	Produktname	Produktbeschreibung	Produktart	Produktklasse
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					

**Geldanlagevertrag bei Pflegekosten**

Ja  Nein

**Deutscher Name**

**Gebohrtenname**

**Geburtsdatum**

**Geburtsort**

**PLZ**

**Wohnort**

**Telefon**

**Handy**

**E-Mail**

**Unterschrift**

**Stempel**

**Sanimed** // Sanimed ist ein eingetragenes Warenzeichen der Sanimed AG. © 2014 Sanimed AG. Alle Rechte vorbehalten.