

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.:	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
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 (PG 54)	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	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 (PG 51) (zusätzlich zu den 40,00 € können jährlich bis zu 4 waschbare Bettschutzeinlagen beantragt werden)	Stück á € 26,16 (Anzahl eintragen)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	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. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

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/Beihilfeberechtigte

Datum _____ Stempel/Unterschrift der Pflegekasse _____

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 aus und senden Sie ihn an: SANIMED GmbH, Abteilung Pflegehilfsmittel, Gildestraße 68, 49479 Ibbenbüren. Bitte beachten Sie, dass die Kostenübernahme nur für die in der Liste aufgeführten Produkte gilt. Die Kostenübernahme erfolgt nur für die in der Liste aufgeführten Produkte. Die Kostenübernahme erfolgt nur für die in der Liste aufgeführten Produkte.

Bitte füllen Sie diesen Antrag aus und senden Sie ihn an: SANIMED GmbH, Abteilung Pflegehilfsmittel, Gildestraße 68, 49479 Ibbenbüren. Bitte beachten Sie, dass die Kostenübernahme nur für die in der Liste aufgeführten Produkte gilt. Die Kostenübernahme erfolgt nur für die in der Liste aufgeführten Produkte. Die Kostenübernahme erfolgt nur für die in der Liste aufgeführten Produkte.

Verfahren/Produktname (Vollname)	Verfahren	Produktname	Verfahren	Produktname	Verfahren	Produktname
Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)
Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)
Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)
Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)
Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)
Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)
Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)
Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)
Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)	<input type="checkbox"/>	Verfahren/Produktname (Vollname)

Bitte füllen Sie diesen Antrag aus und senden Sie ihn an: SANIMED GmbH, Abteilung Pflegehilfsmittel, Gildestraße 68, 49479 Ibbenbüren. Bitte beachten Sie, dass die Kostenübernahme nur für die in der Liste aufgeführten Produkte gilt. Die Kostenübernahme erfolgt nur für die in der Liste aufgeführten Produkte. Die Kostenübernahme erfolgt nur für die in der Liste aufgeführten Produkte.

Bitte füllen Sie diesen Antrag aus und senden Sie ihn an: SANIMED GmbH, Abteilung Pflegehilfsmittel, Gildestraße 68, 49479 Ibbenbüren. Bitte beachten Sie, dass die Kostenübernahme nur für die in der Liste aufgeführten Produkte gilt. Die Kostenübernahme erfolgt nur für die in der Liste aufgeführten Produkte. Die Kostenübernahme erfolgt nur für die in der Liste aufgeführten Produkte.