



Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Frau	Herr	Vorname	Nachname
Straße, Nr.			PLZ, Ort
Geb.-Datum		Pflegegrad vorhanden	ja nein
Telefon		E-Mail	
Pflegekasse		Versicherten-Nr.	
versicherungsart	gesetzlich	privat	beihilfeberechtigt
über Sozialamt/Ortsamt			

Ich beantrage die Kostenübernahme

für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs 2 SGB XI / Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs 2 SGB XI.

Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)	Zutreffendes bitte ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositions-Nr.
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch		54.45.01.0001
Fingerlinge - Größe: M L XL		54.99.01.0001
Einmalhandschuhe - Größe: S M L XL		54.99.01.1001
Mundschutz: 3-lagig oder FFP2		54.99.01.2001
Schutzschürzen, Einmalgebrauch		54.99.01.3001
Schutzschürzen, wiederverwendbar		54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel		54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel		54.99.02.0002
Einmalschutzlätzchen		54.99.01.4

für saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar [Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG51)]

unter Abzug des gesetzlichen Eigenanteils, soweit keine Befreiung vorliegt.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar/waschbar	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer: MB-Pflege Hilfsmittel GmbH, Hauptstraße 59-61 F, 22869 Schenefeld, IK.-Nr.: 330107952

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen, ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

Ort/Datum



Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

Datum

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)

MB-Pflege Hilfsmittel GmbH
Hauptstraße 59-61 F
22869 Schenefeld
IK.-Nr.: 330107952



MB-PFLEGE
HILFSMITTEL

**Angehörige(r)/Pflegerperson** (Bitte nur die wichtigste private Pflegerperson oder die/den Betreuer eintragen)

Frau	Herr	Vorname	Nachname
Straße, Nr.			PLZ, Ort
Geb.-Datum			E-Mail
Telefon			
Pflegerperson ist:	Ehe-/Lebenspartner	(Schwieger-)Tochter/Sohn	Mutter/Vater
	Freund(in)/Bekannte(r)	Betreuer(in)	
Pflegerperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt:		Ja	Nein

Lieferadresse

an die/den Versicherte(n)/Pflegerbedürftige(n)

an die/den Angehörige(n)/Pflegerperson an den Pflegedienst
ACHTUNG: Bitte beiliegende Vollmacht ausfüllen und zurücksenden!**X Pflegedienst** (Bitte nennen Sie den Pflegedienst)

Name/Adresse Pflegedienst (Stempel):

Referenz/Partnernummer:

Ich wünsche, dass der Pflegedienst die folgenden Leistungen erbringt:

- Informationen über den gesetzlichen Anspruch auf die Erstattung von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln
- Unterstützung bei der Auswahl der geeigneten Produkte und Bearbeitung des Antragsformulars
- Einweisung in die sach- und fachgerechte Nutzung der Produkte

Rechnungsempfänger (Nur bei privat Versicherten und/oder Beihilfeberechtigten)

Versicherte(r)/Pflegerbedürftige(r)

Angehörige(r)/Pflegerperson

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich damit einverstanden bin, dass die angegeben Daten elektronisch gespeichert und ausschließlich für den Bestell- bzw. Versorgungsvorgang verwendet werden.

Ort/Datum

X Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Vollmacht

Zur Unterzeichnung von Lieferbescheinigungen

Vollmachtgeber

Vorname	Nachname
Straße, Nr.	PLZ, Ort
Pflegekasse	Versicherungs-Nr.

Vollmachtnehmer

Vorname	Nachname
Straße, Nr.	PLZ, Ort

Hiermit erteile ich Vollmacht, die Lieferbestätigungen der Pflegehilfsmittel gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI zu unterzeichnen.

Ort/Datum

Unterschrift

Protokoll

über die Beratung von Pflegehilfsmitteln

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

Pflegehilfsmittel

von **MB-Pflege** Hilfsmittel



Pflegebedürftige Person

Ich/folgende Pflegebedürftige Person wurde heute über den Anspruch auf Pflegehilfsmittel zum Verbrauch beraten:

Vorname

Nachname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Geb.-Datum

E-Mail

Telefon

Beratene Person

Ich stehe zum Pflegebedürftigen in folgender Beziehung:

Angehörige

Betreuer

sonstige Pflegeperson

Vorname

Nachname

Telefon

E-Mail

Hiermit bestätige ich, dass die folgenden Beratungsleistungen erbracht wurden:

- Informationen über den gesetzlichen Anspruch auf die Erstattung von zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel
- Unterstützung bei der Auswahl der geeigneten Produkte und Bearbeitung des Antragformulars
- Einweisung in die sach- und fachgerechte Nutzung der Produkte

Mir ist bekannt, dass ich selbst entscheiden kann, bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer ich die von mir benötigten Pflegehilfsmittel bestelle und ich jederzeit das Recht habe, den Lieferanten zu wechseln, ohne dass ich hierdurch Nachteile bei der Versorgung befürchten muss. Meine Pflegebetreuung hat mich über mögliche Lieferalternativen informiert.

Ihr Beratendes Unternehmen übermittelt ihre oben angegebenen Daten an die MB-Pflege Hilfsmittel GmbH ausschließlich zum Zwecke des Nachweises der Beratung. Die Verarbeitung ihrer Daten beruht auf dem berechtigten Interesse des beratenden Unternehmens, den Nachweis der Beratungsleistung zu Abrechnungszwecken zu führen. Sie haben das Recht, der Verwendung ihrer Daten jederzeit zu widersprechen.

Ort/Datum

 Unterschrift der pflegebedürftigen Person/gesetzlicher Betreuer

Beratendes Unternehmen

Die Beratung wurde durchgeführt von:

Firma/Org.

Stempel:

Straße/Nr.

PLZ, Ort

Ort/Datum

 Unterschrift des Beraters