


## Ausfüllhilfe

So füllen Sie Ihren Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln 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 zurzeit 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 dies hier bitte an und geben die Menge an.
- 4 Ort/Datum und Unterschrift
- 5 Diese Bereiche nicht ausfüllen, da sie von Ihrer Pflegekasse ausgefüllt werden.



### 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)**

Frau  Herr Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

\* Hinweis: Bitte beachten Sie, dass Sie aufgrund des Pflegefördergesetzes II 2017 Ihren Pflegegrad angeben. Nur bei bestehendem Pflegegrad werden die Kosten von Ihrer Pflegekasse übernommen.  Ich werde zurzeit 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/ bei 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)**

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	54.99.01.0001	<input type="checkbox"/>
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/>
Schutzlätzchen, Einmalgebrauch	54.99.01.3002	<input type="checkbox"/>
Mundschutz	54.99.01.3003	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3004	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3005	<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 2 SGB XI vorliegt.**

**Pflegehilfsmittel (PG 51) – 2 Stück /Jahr möglich**

Artikel	Pflegehilfsmittelpositionsnr.	Zutreffendes ankreuzen:
Bettschutzauflage, waschbar	54.99.02.0001	<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 werden mir selbst getragen.

Ort / Datum \_\_\_\_\_

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

PG 54 bis max. des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung bis max. der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigung

IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift \_\_\_\_\_ Ort / Datum \_\_\_\_\_

Sanitätshaus Wittlich GmbH • Hauptstraße 186 • 56170 Bendorf • Telefon: +49 2622 / 889 - 0 • Telefax: +49 2622 / 889 - 288 • E-Mail: info@sh-wittlich.de

**ACHTUNG: Den ausgefüllten Antrag auf Kostenübernahme und das Bestellformular in den beiliegenden Freiumschlag geben & abschicken.**

**Haben Sie noch Fragen zum Sanitätshaus Wittlich GmbH?**

**Wir helfen Ihnen gern weiter. Rufen Sie uns einfach an oder schreiben Sie uns.**



+49 2622 / 889 - 0



+49 2622 / 889-288



info@sh-wittlich.de

[www.sh-wittlich.de](http://www.sh-wittlich.de)

# 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)

Frau	Herr	Vorname:	Nachname:
		_____	_____
Straße, Nr.:		PLZ, Ort:	
_____		_____	
Geb.-Datum:		Pflegegrad:*	Ja    Nein
_____		_____	
Telefonnummer:		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 zurzeit 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/ bei 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)

**BITTE AUSFÜLLEN**

Artikel	Pflegehilfsmittelpositionsnr.	Zutreffendes ankreuzen:
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	
Einmalhandschuhe            S            M            L            XL	54.99.01.1001	
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001	
Schutzlätzchen, Einmalgebrauch	54.99.01.5001	
Mundschutz	54.99.01.2001	
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001	
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002	
Fingerlinge	54.99.01.0001	

**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) – 2 Stück /Jahr möglich

Artikel	Pflegehilfsmittelpositionsnr.	Zutreffendes ankreuzen:
Bettschutzauflage, waschbar	54.99.02.0001	

*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 der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

## Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

PG 54 bis max. des monatl. Höchstbetrages	PG 51 mit Zuzahlung	_____	_____
PG 54 Beihilfenberechtigung bis max. der Hälfte des monatl. Höchstbetrages	PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter		
PG 51 ohne Zuzahlung	PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter	IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift	Ort / Datum

## Die Pflegepakete

Wählen Sie 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. dann kostenfrei & bequem nach Hause! Unsere Kunden favorisieren nachfolgende Pakete. Gerne können Sie Ihr Wunschpaket aber auch individuell zusammenstellen.

### Unsere Starterpakete

#### Wittlich Standard Paket – **VERSORGUNG PLUS**



**Untersuchungshandschuhe**  
Meditrade Vinyl 2000 PF  
Untersuchungshandschuhe – 100 Stück



**Bettschutzauflage**  
Meditrade Bettschutzauflage  
60 x 90 cm – 30 Stück

Ihre Handschuhgröße wählen:      S      M      L      XL

#### Wittlich Standard Paket – **HYGIENE PLUS**



**Flächendesinfektion**  
Meditrade Medizid Rapid  
Flächendesinfektion – 500 ml



**Händedesinfektion**  
Meditrade Ethasept  
Händedesinfektion – 500 ml



**Untersuchungshandschuhe**  
Meditrade Vinyl 2000 PF  
Untersuchungshandschuhe – 100 Stück

Ihre Handschuhgröße wählen:      S      M      L      XL

#### Wittlich Standard Paket – **SCHUTZ PLUS**



**Mundschutz**  
Russka Mundschutz 3-lagig  
50 Stück



**Schutzschürzen**  
Dahlhausen Einmal-Schutzschürzen  
80 x 125 cm – 100 Stück

### Waschbare Bettschutzauflage

Sie erhalten 2 waschbare Bettschutzauflagen.

**Mit Stecktuch zur Befestigung unter der Matratze.**  
(Wirtschaftliche Aufzählung von 9 € / Stück erforderlich.)

**2x waschbare Bettschutzauflage.**  
Mit und ohne Stecktuch

**Ohne Stecktuch**



### Haben Sie Ihr Paket ausgewählt?

Jetzt nur noch den „Antrag auf Kostenübernahme“ ausfüllen und unterschreiben.

Alles per E-Mail an [info@sh-wittlich.de](mailto:info@sh-wittlich.de), per Fax an +49 2622 / 889-288 oder einfach in den Freiumschlag und versenden!