

1 Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen*

*Pflichtangaben! Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:*	Name:*
Straße/Nr.:*		PLZ/Ort:*
Geb.-Datum:*		
<small>(Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)</small>		
Pflegekasse:*		Versicherten-Nr.:*
		<small>(Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)</small>

2 Ich beantrage die Kostenübernahme für

Um den gesetzlich festgesetzten monatlichen Höchstbeitrag nach §40 Abs. 2 SGB XI nicht zu überschreiten, bitten wir Sie **maximal 4 der unten aufgelisteten Produkte** auszuwählen. Sollten Sie mehr als 4 Produkte benötigen, bitten wir Sie direkt Kontakt mit uns aufzunehmen und eine individuelle Bestellung aufzugeben.

Bitte zutreffendes ankreuzen	Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
<input type="checkbox"/>	Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge puderfrei	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe puderfrei S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0002
<input type="checkbox"/>	Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015

3 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.

Benötigte Stückzahl	Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
	Saugende Bettschutzeinlage wasch- und wiederverwendbar	51.40.01.4

4 Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift: Sanicura Pflegeboxen GmbH Therese-Pöhler-Weg 3, D-33100 Paderborn	Institutionskennzeichen: IK 330509629
---	--

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

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse
(wird von der Pflegekasse ausgefüllt) PG 54 bis € 40 monatlich PG 54 bis € 20 monatlich

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift