

Vertrag auf Kostenübernahme für die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln

(gemäß § 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI)

Versicherte(r) (vom Versicherten/Vertreter/Betreuer auszufüllen)

☐ Herr	☐ Frau	Vor-/Nachname:
Pflegekasse:		KV-Nr.:
Geburtsdatum:		Telefon-Nr.:
Straße/Hausnr.:		PLZ/Ort:

Antrag auf Kostenübernahme

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel (Produktgruppe PG 54) bis maximal 40,00 € bzw. bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. **Darüber hinaus entstehende Mehrkosten werden von mir selbst getragen.**

Produktgruppe 54 (PG 54)

Produkt*	Inhalt	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Einmalhandschuhe	100 Stk.		54.99.01.1001
Händedesinfektionsmittel	500 ml		54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	500 ml		54.99.02.0002
Mundschutz	50 Stk.		54.99.01.2001
saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch	50 Stk.		54.45.01.0001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	100 Stk.		54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	pro Stück		54.99.01.3002
Fingerlinge	100 Stk.		54.99.01.0001
Schutzservietten - Einmalgebrauch	100 Stk.		54.99.01.4001
Soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt beantrage ich die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege-/hygiene (Produktgruppe 51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10 von Hundert.			
saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	benötigte Stückzahl		51.40.01.4

von der Pflegekasse auszufüllen

genehmigt	nicht genehmigt
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

Nutzung und Lieferung

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die gewünschten Produkte* dauerhaft ausschließlich für die private, ambulante Pflege eingesetzt werden. Änderungen meines Bedarfes werde ich sofort mitteilen. Ich beauftrage die NCW GmbH (**IK-Nummer 330 647 089**) mit der monatlichen Lieferung Pflegehilfsmittel sowie mit der Abrechnung direkt über meine Pflegekasse. Die Lieferung der Pflegbox erfolgt nur, wenn eine entsprechende Bewilligung der Kostenübernahme durch die Pflegekasse vorliegt. Bei einem Widerruf der Bewilligung wird die Lieferung sofort eingestellt.

Die Auswahl einer Pflegebox kann monatlich neu getroffen werden. Hierzu werde ich den Änderungsbedarf rechtzeitig mitteilen. Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass die NCW GmbH (**IK-Nummer 330 647 089**) direkt mit meiner Pflegekasse abrechnet und mir monatlich die gewünschten Produkte kostenfrei zu der angegebenen Adresse liefert.

Ich versichere, dass ich allein die NCW GmbH mit der Lieferung von Pflegehilfsmittel beauftrage und eine Abrechnung durch andere Unternehmen nicht erfolgt. *Marken/Hersteller können je nach Verfügbarkeit variieren.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Zustimmungserklärung zur Datenverarbeitung

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ PG 54 bis 40,00 € (Euro) monatlich | ☐ PG 51 mit Zuzahlung | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung |
| ☐ PG 54 bis 20,00 € (Euro) monatlich (beihilfeberechtigt) | ☐ PG 51 mit Zuzahlung (beihilfeberechtigt) | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung (beihilfeberechtigt) |
| ☐ Der Antrag wurde geprüft und genehmigt | ☐ Der Antrag wurde geprüft und abgelehnt | |

IK der Pflegekasse

Datum, Stempel und Unterschrift der Pflegekasse