

**Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Abs. 1 i.V.m. § 40 Abs. 2 SGB XI**

*Antrag auf Kostenübernahme*

.....  
 (Name, Vorname) (Geburtsdatum)

.....  
 (Anschrift, Straße, PLZ, Wohnort)

.....  
 (Pflegekasse, Versichertennummer)

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG) 54 – bis maximal 40,00 EUR / bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 EUR monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.		Pflegegrad vorhanden Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>PG 54 Verbrauchshilfsmittel</b>	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Zutreffendes ankreuzen
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	54.45.01.0001	<input type="checkbox"/>
Vinyl-Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	<input type="checkbox"/>
Mundschutz	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen – wiederverwendbar <input type="checkbox"/> Einmalgebrauch <input type="checkbox"/>	54.99.01.3002	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/>
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/>
<b>PG 51 2 x im Jahr wiederverwendbare Bettschutzeinlagen</b>		
Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.		
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4	<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 werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich stimme zu, dass die RECARA GmbH meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Lieferung, der Kostenübernahme sowie der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse erheben und nutzen darf. Bitte hinterlegen Sie die RECARA GmbH mit Eingang dieses Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie ggf. bereits vorhandene, andere Lieferanten. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

**X**  
 .....  
 Datum,  
 Unterschrift des/r Versicherten/ bzw. Bevollmächtigten

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

PG 54 bis zu 40,00 € monatlich  
 PG 54 bis zu 20,00 € monatlich  
 PG 51 mit Eigenanteil  
 PG 51 ohne Eigenanteil

.....  
 IK der Pflegekasse  
 .....  
 Datum, Stempel oder Unterschrift





Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Betr.: Pflegehilfsmittel bei Pflegegrad bis zu 40 € monatlich**

Lieber Kunde, liebe Kundin,

es freut uns, dass Sie das Sanitätshaus RECARA als Ihren Lieferanten für Pflegehilfsmittel gewählt haben.

Wir bieten Ihnen diverse vorgepackte Pflegeboxen an. Sie können aus der unten angegebenen Auswahl die Box auswählen, die am besten zu Ihren speziellen Bedürfnissen passt. Diese Box wird dann automatisch **einmal im Monat direkt zu Ihnen nach Hause geliefert**. Sie können jederzeit eine andere Box wählen. Setzen Sie sich bei Änderungswünschen einfach mit uns in Verbindung (Tel: 0214 - 868 52 25) - wir kümmern uns gerne um Ihr Anliegen.

**bitte buchen Sie jetzt Ihre gewünschte Pflegebox:**

**Pflegebox 1**

2x Flächendesinfektionsmittel à 500 ml

1x Händedesinfektionsmittel à 500 ml

100 Vinyl-Handschuhe (Gr. S , M , L , XL )

30 Einmal-Bettwäscheeinlagen

**Pflegebox 3**

2x Flächendesinfektionsmittel à 500 ml

1x Händedesinfektionsmittel à 500 ml

200 Vinyl-Handschuhe (Gr. S , M , L , XL )

**Pflegebox 5**

50x Mundschutz

1x Flächendesinfektionsmittel à 500 ml

2x Händedesinfektionsmittel à 500 ml

100 Vinyl-Handschuhe (Gr. S , M , L , XL )

**Pflegebox 2**

1x Flächendesinfektionsmittel à 500 ml

2x Händedesinfektionsmittel à 500 ml

200 Vinyl-Handschuhe (Gr. S , M , L , XL )

**Pflegebox 4**

1x Flächendesinfektionsmittel à 500 ml

1x Händedesinfektionsmittel à 500 ml

50 Einmal-Bettwäscheeinlagen

**Pflegebox 6**

Schutzschürze, wiederverwendbar  oder Einweg

100 Vinyl-Handschuhe (Gr. S , M , L , XL )

1x Händedesinfektionsmittel à 500 ml

**Bitte senden Sie dieses Formular sowie das beiliegende Antragsformular (Anlage 4) im Freiumschlag an uns zurück!**