

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

Zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)



CURA[®]

care
UG

2.1. Versicherte/ r

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Nachname	Vorname
Anschrift		Telefon/ mobil
PLZ, Ort		E-Mail
Krankenkasse		Geb.-Datum
Versichertennummer		Beihilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Procente _____
Pflegegrad <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Pflegegrad seit Monat _____ Jahr _____

Denken Sie an Krankenkasse und Versichertennummer!

2.2. Antrag auf Kostenübernahme

Zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel-Produktgruppe (PG 54), bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs.2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs.2 SGB XI

Cura care UG

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

Zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)



CURA[®]

care
UG

2.3. Bedarf an Pflegehilfsmittel

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
Bettschutzeinlagen (60x90cm, Einmalgebrauch, saugend)	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe (puderfrei)	54.99.01.1001
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
Mund-Nasenschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
Fingerlinge	54.99.01.0001
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	54.99.01.3002

2.4. Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Körperhygiene (PG 51) im Wert von 25,65 pro Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H. soweit keine Befreiung nach §40 Abs.3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

2.4.1. Bedarf an wiederverwendbare Bettschutzeinlagen

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Körperhygiene	Positionsnummer
Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (75x85cm)	51.40.01.4

Hiermit bevollmächtige ich die Cura care UG mit der Auftragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung von Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch die Cura care UG, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber dem Pflegedienst Cura care UG, solange die Leistungserbringung besteht. Bitte verzeichnen Sie die Cura care UG als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Gewünschte Produkte werden von mir ausnahmslos für die ambulante private Pflege im angegebenen Umfang bezogen.

Datum

Unterschrift Versicherte/ r oder Bevollmächtigte/ r

Cura care UG

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

Zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)



CURA[®]

care
UG

Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

IK 460578279

Bitte zurück an die Faxnummer: _____

- PG 54 bis 40,- € monatlich PG 51 Zzgl./ Beihilfeberechtigter
 PG 54 bis 20,- € monatlich PG 51 ohne Zzgl. PG 51 mit Zzgl. PG 51 mit Zzgl./ Beihilfeberechtigter

Datum

IK der Pflegekasse/ Stempel/ Unterschrift

Cura care Box Empfangsvollmacht für die Cura care UG

Wir möchten Ihnen den Umgang mit den kostenfreien Pflegehilfsmitteln so einfach wie möglich gestalten. Daher bieten wir Ihnen mit dieser Empfangsvollmacht an, die monatlich notwendige Unterschrift zum Erhalt von Pflegehilfsmitteln an die Cura care UG direkt zu übertragen.

Die Vollmacht ist ausschließlich für den Erhalt von Pflegehilfsmitteln gültig!

Hiermit ermächtige ich _____,

die Cura care UG die monatliche Lieferung an Pflegehilfsmitteln,
durch den Service des Hol- und Bringdienstes zur Verfügung zu stellen.

Datum

Unterschrift Versicherte/ r oder Bevollmächtigte/ r

Cura care UG