

## ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

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



**CURA**<sup>®</sup>

care  
UG

### 2.1. Versicherte/ r

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau	Nachname {{Nachname}}	Vorname {{Vorname}}
Anschrift {{Straße}}		Telefon/ mobil {{Telefon 1}} {{Telefon 2}}
PLZ, Ort {{Ort}}		E-Mail {{E-Mail}}
Krankenkasse {{Krankenkasse Name1}}		Geb.-Datum {{Geburtsdatum}}
Versichertennummer {{Versicherten-Nr.}}		Beihilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Prozenzte_____
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. **Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

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**<sup>®</sup>

care  
UG

### 2.3. Bedarf an Pflegehilfsmittel

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril/ für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001
*Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001 <input type="checkbox"/> Faktor 5 500ml <input type="checkbox"/> Faktor 10 1000ml
*Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002 <input type="checkbox"/> Faktor 5 500ml <input type="checkbox"/> Faktor 10 1000ml
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015
Medizinische Gesichtsmasken (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001
Fingerlinge (Latex, unsteril/ für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001

\* Bitte bei 500ml Faktor 5 und bei 1000ml Faktor 10 eintragen!

### 2.4. Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung nach §40 Abs.3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

#### 2.4.1. Bedarf an wiederverwendbare Bettschutzeinlagen

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Körperhygiene	Positionsnummer
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)	
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	*51.40.01.4

\* Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!

Cura care UG

## Vollmacht

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.

01.07.2024  
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**<sup>®</sup>

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

22.05.2024

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.

01.07.2024

Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/ r oder Bevollmächtigte/ r

Cura care UG