

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 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[®]

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.

Eschweiler, den

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

Eschweiler, den

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.

Eschweiler, den

Unterschrift Versicherte/ r oder Bevollmächtigte/ r

Cura care UG