

Antrag auf Pflegehilfsmittel zum Verbrauch (§ 40 Abs. 2 SGB XI)

Angaben zur versicherten Person

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Pflegekasse:

Versicherungsnummer:

Pflegegrad (mind. Pflegegrad 1 erforderlich)

PG 1

PG 2

PG 3

PG 4

PG 5

Beantragte Pflegehilfsmittel (Mehrfachnennung möglich)

Einmalhandschuhe

Desinfektionsmittel

Bettschutzeinlagen

Mundschutz

Schutzschürzen

Art der Leistungserbringung

Direkte Belieferung durch Vertragspartner der Pflegekasse

Erstattung der Kosten gegen Quittung

Bankverbindung (nur falls Erstattung gewünscht)

IBAN:

BIC:

Unterschrift Antragsteller/in oder gesetzliche/r Vertreter/in

Ort, Datum:

Unterschrift: