medipartner GmbH, Hauptstraße 33, 88677 Markdorf, 07544/9049710, kontakt@medipartner.de Vertreten durch den Geschäftsführer Raphael Hiestand, Amtsgericht Freiburg, HRB 721706, USt.-ID DE329251499

Antrag auf Kostenübernahme

zur Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Abs. 1, in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI (analog Anlage 4)



| unden-Nr. | | | | |
|--|--|---|---|--|
| | | | | |
| orname, Name (der/des Versicherten/Þflegebedürftigen) | Krankenversicherung | Vers | ichertennnummer | |
| traße, Hausnummer | Telefon- / Mobilfunknumme | er | | |
| LZ, Ort | kein Pflegegrad (zutreffendes bit | 1 2 | 3 | 4 5 |
| 2,01 | Thegegrad (Edit cheriaes are | ac difficulting | | |
| h beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauc | ch bestimmte Pfle | gehilfsmittel – P | roduktgrup | oe (PG54) – |
| is maximal 40,– € monatlich (bei Beihilfeberechtigur | | - | 0 11 | , |
| um Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel | zutreffend | HMN | genehmigt | nicht genehmigt |
| augende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) | | 54.45.01.0001 | | |
| inmalhandschuhe S M L) | XL 🔲 | 54.99.01.0001 | | |
| ingerlinge | | 54.99.01.0001 | | |
| Mundschutz FFP2 OP-Maske | en 🗌 | 54.99.01.2001 | | |
| ichutzschürzen (Einmalgebrauch) | | 54.99.01.3001 | | |
| Händedesinfektionsmittel | | 54.99.02.0001 | | |
| lächendesinfektionsmittel | | 54.99.02.0002 | | |
| Geben Sie hier bitte an, welche Pflegebox Ihrer Auswahl entspricht | t | wird vo | n der Pflegekasse a | usgefüllt! |
| usätzlich können jährlich bis zu 4 Einlagen beantragt werden | Stück | HMN | genehmigt | nicht genehmigt |
| augende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar) | r informiart word | 51.40.01.4 | incepton Dra | |
| Augende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar) Alt meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darübe ir die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegie medipartner GmbH (IK 590803089) mit der Lieferuewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abre | gedienste) verwe ung der oben gena | e, dass die gewü ndet werden dür annten Pflegehilf | rfen. Hiermi fsmittel für d | odukte ausnah t beauftrage i den Zeitraum |
| Nit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darübe ir die ambulante private Pflege (und nicht durch Pfle ie medipartner GmbH (IK 590803089) mit der Lieferu | gedienste) verwe ung der oben gena | e, dass die gewü ndet werden dür annten Pflegehilf | rfen. Hiermi fsmittel für d | odukte ausnah t beauftrage i den Zeitraum |
| dit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darübe ir die ambulante private Pflege (und nicht durch Pfle ie medipartner GmbH (IK 590803089) mit der Lieferu ewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abre | gedienste) verwe ung der oben gena echnung der Koste | e, dass die gewü ndet werden dür annten Pflegehilf | rfen. Hiermi fsmittel für d | odukte ausnah t beauftrage i den Zeitraum |
| flit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darübe ir die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegie medipartner GmbH (IK 590803089) mit der Lieferu ewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abremeine oben genannte Adresse (Wohnadresse) | gedienste) verwe ung der oben gena echnung der Koste Straße, Hausnummer | e, dass die gewü ndet werden dür annten Pflegehilf | rfen. Hiermi fsmittel für d iner Pflegek | odukte ausnah t beauftrage i den Zeitraum asse an |
| Ait meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darübe ir die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegie medipartner GmbH (IK 590803089) mit der Lieferu ewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abremeine oben genannte Adresse (Wohnadresse) oder die nebenstehende Adresse diermit erkläre ich rechtsverbindlich, dass ich als Betreuer/Vertretzefugt bin diesen Auftrag zu erteilen. Sollte ich nicht befugt sein, erkläre ich, dass ich mich verpflichte etwaige Kosten, die durch | gedienste) verwe ung der oben gena echnung der Koste Straße, Hausnummer PLZ, Ort | e, dass die gewü ndet werden dür annten Pflegehilt en direkt mit mei | rfen. Hiermi fsmittel für d iner Pflegek | odukte ausnah t beauftrage i den Zeitraum asse an |
| Ait meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darübe ir die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegie medipartner GmbH (IK 590803089) mit der Lieferu ewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abremeine oben genannte Adresse (Wohnadresse) oder die nebenstehende Adresse diermit erkläre ich rechtsverbindlich, dass ich als Betreuer/Vertretoefugt bin diesen Auftrag zu erteilen. Sollte ich nicht befugt sein, erkläre ich, dass ich mich verpflichte etwaige Kosten, die durch irteilung dieses Belieferungsauftrages entstehen, zu tragen. | gedienste) verwe ung der oben gena echnung der Koste Straße, Hausnummer PLZ, Ort er Ort, Datum | e, dass die gewü ndet werden dür annten Pflegehilt en direkt mit mei | rfen. Hiermi fsmittel für d iner Pflegek | odukte ausnah t beauftrage i den Zeitraum asse an |
| Ait meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darübe ir die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegie medipartner GmbH (IK 590803089) mit der Lieferu ewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abremeine oben genannte Adresse (Wohnadresse) oder die nebenstehende Adresse diermit erkläre ich rechtsverbindlich, dass ich als Betreuer/Vertrette befugt bin diesen Auftrag zu erteilen. Sollte ich nicht befugt sein, erkläre ich, dass ich mich verpflichte etwaige Kosten, die durch irteilung dieses Belieferungsauftrages entstehen, zu tragen. Genehmigungsvermerkt der Pflegekasse | gedienste) verwe ung der oben gena echnung der Koste Straße, Hausnummer PLZ, Ort er Ort, Datum PG 51, mit | e, dass die gewündet werden dür annten Pflegehilfen direkt mit mei | rfen. Hiermi fsmittel für d iner Pflegek | odukte ausnah t beauftrage i den Zeitraum asse an |
| Ait meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darübe ir die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegie medipartner GmbH (IK 590803089) mit der Lieferu ewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abremeine oben genannte Adresse (Wohnadresse) oder die nebenstehende Adresse diermit erkläre ich rechtsverbindlich, dass ich als Betreuer/Vertrett befugt bin diesen Auftrag zu erteilen. Sollte ich nicht befugt sein, erkläre ich, dass ich mich verpflichte etwaige Kosten, die durch irteilung dieses Belieferungsauftrages entstehen, zu tragen. Genehmigungsvermerkt der Pflegekasse | gedienste) verwe ung der oben gena echnung der Koste Straße, Hausnummer PLZ, Ort er PG 51, mit PG 51, ohr | e, dass die gewündet werden dür annten Pflegehilfen direkt mit mei Unterschrift des Versich | rfen. Hiermi fsmittel für d iner Pflegeka | odukte ausnah t beauftrage i den Zeitraum asse an |
| Ait meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darübe ir die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegie medipartner GmbH (IK 590803089) mit der Lieferu ewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abremeine oben genannte Adresse (Wohnadresse) oder die nebenstehende Adresse diermit erkläre ich rechtsverbindlich, dass ich als Betreuer/Vertretsbefugt bin diesen Auftrag zu erteilen. Sollte ich nicht befugt sein, erkläre ich, dass ich mich verpflichte etwaige Kosten, die durch irteilung dieses Belieferungsauftrages entstehen, zu tragen. Genehmigungsvermerkt der Pflegekasse PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages | gedienste) verwe ung der oben gena echnung der Koste Straße, Hausnummer PLZ, Ort er PG 51, mit PG 51, mit PG 51, mit | e, dass die gewündet werden dür annten Pflegehilfen direkt mit mei unterschrift des Versich Zuzahlung | rfen. Hiermi fsmittel für d iner Pflegeka merten, bzw. Vertretungs berechtigter | odukte ausnah t beauftrage i den Zeitraum asse an |