



## Pflegehilfsmittel zum Verbrauch

### Was ist das?

Unser Bestreben liegt darin, Ihnen von Anfang an ein möglichst ganzheitliches und umfassendes Serviceangebot zu unterbreiten.

Mit der Zuweisung Ihres Pflegegrads haben Sie Anspruch auf Pflegehilfsmittel zum Verbrauch. Monatlich können Sie aus einem durch die Pflegeversicherungen vorgegebenen Produktportfolio Pflegehilfsmittel im Wert von bis zu 42 Euro kostenfrei erhalten. Diese Produkte sind ausschließlich für die Nutzung durch pflegende Privatpersonen gedacht und dienen Ihrer Entlastung.

Über unseren Partner, die Amts Apotheke in Bad Marienberg, können Sie bequem und direkt bei Ihrem Engel, Ihre Bestellung platzieren. Statt umständlich per Post, bringen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Ihnen die Pakete kostenlos beim nächsten Termin einfach mit. Noch einfacher und persönlicher geht es gar nicht. Und das Beste: Als Kunde unseres Hauses profitieren Sie von weiteren Vorteilen, wenn Sie sich für den Bezug über unseren Partner entscheiden:

- Individuelle Zusammenstellung Ihrer Pflegemittel
- 5% Rabatt auf Ihr „Wunsch-Engel“-Paket
- 5% Rabatt auf die Administrationspauschale für Versicherte der IKK Südwest und AOK Nordwest
- Freie kurzfristige Terminstornierung (einmal pro Quartal)
- Kostenlose, Administrationsunterstützung durch Ihre Kümmerer (pro Quartal, eine Stunde, nicht übertragbar)
- Kostenlose Budgetübersicht auf Quartalsbasis
- Kostenloser Wechselservice

### Wie funktioniert das?

Ganz einfach: Antrag ausfüllen und unterzeichnen. Wir reichen Ihre Unterlage dann bei der Amts Apotheke ein, die sich um alles Weitere kümmert. Ihre Bestellung können Sie monatlich frei anpassen. Sollten Sie einmal über das verfügbare Budget hinaus bestellen, rufen wir Sie an und passen Ihre Bestellung entsprechend an.

Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen der Amts Apotheke als Ihrem Dienstleister und Ihrer Pflegekasse. Sie müssen sich also um nichts kümmern.



### Ich habe schon einen Dienstleister, was nun?

Kein Problem. Sollten Sie bereits einen anderen Dienstleister haben, kümmern wir uns um die Kündigung des bestehenden Vertrags zum nächstmöglichen Zeitpunkt. In diesem Falle setzen wir für Sie ein Schreiben auf und sorgen dafür, dass Sie zeitnah in den Genuss unseres Angebots kommen können.



## Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name	Geburtsdatum	Versichertennummer
Anschrift		Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

<input type="checkbox"/> zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.				
Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechengröße	Menge/Faktor (bitte eintragen)	Erläuterung
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>	
Fingerlinge (Latex oder latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>	
Einmalhandschuhe (Latex oder latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2)	54.99.01.5001	1 Stück	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>	
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>	
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>	

<input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.				
Saugende Bettschutzeinlagen wiederverwendbar	54.99.02.0015	1 Stück	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>	1 St.



## Beratungsprotokoll

Beratung durch den Leistungserbringer

Amts-Apotheke Dr. Rainer Gerhard Laux e.K. [www.apotheken-badmarienber.de](http://www.apotheken-badmarienber.de)  
Bismarckstr. 5 [info@raben-apotheke-badmarienber.de](mailto:info@raben-apotheke-badmarienber.de)

56470 Bad Marienberg

IK: 306504569

### Erklärung des Kunden

☐ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber - welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind, - die ich ohne Mehrkosten erhalten kann

Form des Beratungsgesprächs

- ☐ Beratung in Geschäftsräumen
- ☐ Individuelle Telefonische Beratung
- ☐ Persönliche Beratung in der Häuslichkeit

Der o.g. Leistungserbringer hat

- ☐ Mich persönlich beraten
- ☐ Mit einem Handlungsbevollmächtigten gesprochen

Datum der Beratung

Beratung durch

☐ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

☐ Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüberhinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

Datum

Ort

Unterschrift des Versicherten

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

☐ PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages  
nach § 40 Absatz 2 SGB XI

☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

☐ PG 51 mit Zuzahlung

☐ PG 51 ohne Zuzahlung

☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)