










Antrag: Hygiene-Box

Inhalt der Hygiene-Box	Stk.		Stk.		Stk.
 50 Mundschutz		 500 ml Händedesinfektion		 500 ml Flächendesinfektion	
(PG 54) 54.99.01.2001		(PG 54) 54.99.02.0001		(PG 54) 54.99.02.0002	
 100 Einweghandschuhe		 125 Schutzschürzen (kurz)		 100 Schutzschürzen (lang)	
Handschuhmaterial		(PG 54) 54.99.01.3001		(PG 54) 54.99.01.3001	
Handschuhgröße		 100 Fingerlinge		 25 Bettschutzeinlagen	
(PG 54) 54.99.01.1001		(PG 54) 54.99.01.0001		(PG 54) 54.45.01.1001	
				 Waschbare Bettschutzeinlagen	
				(PG 51) 51.40.014. . . .	

Versicherte(r) / Pflegebedürftige(r)

Angaben zur Person:

Anrede:	
Vorname:	Nachname:
Straße:	Hausnr.:
PLZ:	Ort:
Tel.:	E-Mail:
Geburtsdatum:	

Versichertendaten:

Versicherte(r) / Pflegebedürftige(r) ist:
Versicherte(r) / Pflegebedürftige(r) ist beihilfeberechtigt:
Versicherten-Nr.:
Pflegegrad:
Name der Krankenkasse:

Angehörige(r) / Pflegeperson

Angaben zur Person:

Anrede:	
Vorname:	Nachname:
Straße:	Hausnr.:
PLZ:	Ort:
Tel.:	E-Mail:
Pflegeperson ist als Betreuer(in) gesetzlich bevollmächtigt:	

Lieferadresse

Die monatliche Lieferung der Hygiene-Box erfolgt an:

- eigene Adresse/Versicherte(r)
- Pflegeperson
- Pflegedienst

Pflegedienst

Name/Adresse Pflegedienst:

Datum:



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)



Antrag Pflegekasse: **Hygiene-Box**

Versicherte(r) / Pflegebedürftige(r)	
Angaben zur Person:	
Anrede:	
Vorname:	Nachname:
Straße:	Hausnr.:
PLZ:	Ort:
Geburtsdatum:	E-Mail:
Versichertendaten:	
Versicherten-Nr.:	
Krankenkasse:	

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

Produktgruppe 54: Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel bis maximal 60 € monatlich / bei Beihilfensanspruch maximal 30 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen. Sollte dieser Fall eintreten nimmt die Hygiene Daheim GmbH **vor der Auslieferung** Kontakt mit mir auf um die Inhalte der Box ggfs. anzupassen!

Produktgruppe 51: Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene unter Abzug des Eigentanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Inhalt der Hygiene-Box		
 Mundschutz (PG 54) 54.99.01.2001	 Händedesinfektion (PG 54) 54.99.02.0001	 Flächendesinfektion (PG 54) 54.99.02.0002
 Einweghandschuhe (PG 54) 54.99.01.1001	 Schutzschürzen (kurz) (PG 54) 54.99.01.3001	 Schutzschürzen (lang) (PG 54) 54.99.01.3001
 Fingerlinge (PG 54) 54.99.01.0001	 Bettschutzeinlagen (PG 54) 54.45.01.1001	
		 Waschbare Bettschutzeinlagen (PG 51) 51.40.014. . .

Leistungserbringer	
Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:	
Hygiene Daheim GmbH	
Glückauf-Ring 19	Institutionskennzeichen:
45699 Herten	IK 330557127

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

Datum: _____


 Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse		
<input type="radio"/> PG 54 bis € 60 monatlich	<input type="radio"/> PG 54 bis € 30 monatlich	<input type="radio"/> PG 51 mit Zuzahlung
<input type="radio"/> PG 51 ohne Zuzahlung	<input type="radio"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilferechtiger(r)	<input type="radio"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilferechtiger(r)

..... Datum IK-Nr. der Pflegekasse Stempel und Unterschrift