

Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Anrede, Name, Vorname

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

E-Mail und/oder Telefonnummer

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

☒ 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.**

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)		Institutionskennzeichen								
KOOSan.UG (Haftungsbeschränkt) An der Elmobrücke 1, 01558 Großenhain		3	3	1	4	0	4	5	9	0

Im Folgenden drei Beispiele von Zusammenstellungen der unten genannten Pflegeartikel unter 42€:

Desinfektionsbox

8x Partikelfiltrierende Halbmasken
1x Flächendesinfektionsmittel
1x Händedesinfektionsmittel
1x Nitril Handschuhe
1x Flächendesinfektionstücher

Hygienebox

1x Saugende Bettschutzeinlagen
1x Flächendesinfektionsmittel
1x Händedesinfektionsmittel
1x Sensilind Schutzlätzchen

Reinigungsbox

1x Saugende Bettschutzeinlagen
1x Flächendesinfektionsmittel
1x Händedesinfektionsmittel
1x Sensilind Schutzlätzchen

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Rechen- größe	Menge/Fak- tor bitte eintragen	Erläuterung			
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)							
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	25 Stk. pro Pack	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
Einmalhandschuhe (Nitril, Latex, Vinyl)	54.99.01.1001	100 Stk. pro Box	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				Größe? (S-XL)
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	50 Stk. pro Box	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder ver- gleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stk. pro Box	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	100 Stk. pro Box	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
Schutzlätzchen zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	100 Stk. pro Box	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	500 ml pro Flasche	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	500 ml pro Flasche	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	100 Stk. pro Box	<table><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>				

Reagieren sie auf folgende Materialien allergisch oder zeigen Unverträglichkeiten? Diese Frage bezieht sich auf die Einmalhandschuhe, welche standardgemäß (ohne Auswahl) als Nitrilhandschuh geliefert werden.

- ☐ Latex
☐ Nitril
☐ Vinyl

In welchem Lieferintervall soll ihre Pflegebox geliefert werden?

Um den Lieferungsprozess so wirtschaftlich wie möglich zu gestalten, empfehlen wir je nach Betrag ein bestimmtes Lieferintervall.

- ☐ Monatliche Lieferung
☐ Zweimonatliche Lieferung
☐ Dreimonatliche Lieferung

Hat ein Versorgungswechsel stattgefunden? *

☐ Nein → neuer Versorgungsbeginn ab: _____

☐ Ja → neuer Versorgungsbeginn ab: _____

alte Versorgung gekündigt? Wenn ja, zu welchem Datum? _____

***BITTE KÜMMERN SIE SICH IM VORFELD UM DIE KÜNDIGUNG BEI IHREM VORANBIETER UND SENDEN SIE UNS DIE KÜNDIGUNGSBESTÄTIGUNG ZUSAMMEN MIT DIESEM ANTRAG PER MAIL ZU. BEVOR DAS NICHT PASSIERT IST, KÖNNEN WIR KEINEN NEUEN ANTRAG STELLEN.**

Beratung und Unterschrift

- ☒ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer (KOOSan-Mitarbeiter) 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:

☒ Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)

Der o. g. Leistungserbringer hat

- ☐ mich persönlich und/oder
☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen) beraten.

Datum der Beratung:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Paul Holtorf

*(Von der KOOSan.UG)

☒ Der Antragsteller versichert, dass er um das Beratungsgespräch gebeten hat.

☒ 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. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Unterschrift des Antragstellers*

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Information für Pflegedienstmitarbeiter:

Dieses Dokument bitte, sobald ausgefüllt, einscannen und per Mail an die info@koosanbox.de schicken.