


durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen									
 <p>Pflegehilfsmittel Berlin GmbH Mariendorfer Damm 161a 12107 Berlin</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>5</td><td>9</td><td>1</td><td>1</td><td>0</td><td>4</td><td>4</td><td>1</td><td>6</td> </tr> </table>	5	9	1	1	0	4	4	1	6
5	9	1	1	0	4	4	1	6		

- 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 den Geschäftsräumen
- Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
- Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

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

Datum der Beratung:

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

Beratende/r Mitarbeiter/in:

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 der/des Versicherten

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

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)



Eigenerklärung zur Wahl des Leistungserbringers / (falls zutreffend) Kündigung des bisherigen Leistungserbringers

Angaben des/der Versicherten

Name

Vorname

Anschrift

1 Postleitzahl / Ort

Telefon

Krankenkasse

Versicherten-Nr.

Wahl des Leistungserbringers

a) Falls zutreffend, bestätige ich hiermit die Versorgung durch meinen aktuellen Leistungserbringer **bereits gekündigt** zu haben und mache somit von meinem monatlichen Patientenwahlrecht Gebrauch.

b) Mit **sofortiger Wirkung** beauftrage ich ausschließlich die Firma Pflegehilfsmittel Berlin GmbH (IK: 591104416, nachfolgend: Versorger genannt) mit der Versorgung mit benötigten Pflegehilfsmitteln entsprechend meinem Anspruch gemäß §78 Abs. 1 und §40 Abs. 2 SGB XI.

Einwilligung Datenweitergabe

Der Versorger verarbeitet meine personenbezogenen Daten zur Abwicklung der Bestellung und zu Abrechnungszwecken. Zur Weiterentwicklung und Verbesserung der Versorgung verarbeitet der Versorger meine Daten in anonymer Form. Die Daten werden beim Versorger automatisiert verarbeitet. Die Datenschutz-Information zur Speicherung und Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten habe ich erhalten. Mir ist bekannt, dass ich mein Einverständnis jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber dem Versorger widerrufen kann.

Abweichende Lieferanschrift

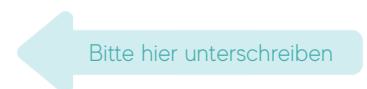
Ich wünsche die dauerhafte Hinterlegung einer abweichenden Lieferanschrift.

Bitte beachten Sie, dass eine Zustellung an Pflegedienste oder Tagespflegeeinrichtungen leider nicht möglich ist!

Name

2 Vorname

Anschrift



Ort / Datum

Unterschrift des/der Versicherten
ggf. Unterschrift des gesetzlichen Betreuungsperson





Ausfüllhinweise

Ausfüllhinweise der Pflegehilfsmittel Berlin GmbH zum Antrag auf Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel gemäß § 40 Absatz 2 SGB XI.

Wichtiger Hinweis

Der Antrag auf Kostenübernahme umfasst 3 Seiten.

Seite 1-2 | Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Seite 3 | Eigenerklärung zur Wahl des Leistungsbringers

Zur korrekten Zuordnung sind die personenbezogenen Daten des/der Versicherten bitte auf allen Seiten vollständig einzutragen. Unvollständige Angaben verzögern das Antragsverfahren und führen so zu einer verspäteten Versorgung mit den benötigten Hilfsmitteln zur Pflege.

1

Bitte achten Sie besonders auf die Angabe einer Telefonnummer der/des Versicherten bzw. einer Betreuungsperson oder eines gesetzlichen Vertreters. Die Pflegehilfsmittel Berlin GmbH ist zur Beratung bezüglich der Versorgungsmöglichkeiten verpflichtet.

Folgende Daten sind darüber hinaus zur Beantragung unerlässlich:

- Versichertennummer
- Name der Krankenkasse

Beide Angaben finden Sie auf der Vorderseite der Versichertenkarte.



2

Unterschrift bitte nicht vergessen!

Zur Beantragung der Kostenübernahme benötigt die Pflegehilfsmittel Berlin GmbH zwei Unterschriften des/der Versicherten auf den gekennzeichneten Flächen.