

Zur Versorgung des Versicherten mit bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI. Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Bequemer Rückversand
Fax: 05102 – 8487261

2.1 Versicherte/r:

Herr	Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:			Telefon Nr.:
PLZ, Ort:			Geburtsdatum:
E-Mail:			Pflegegrad/-stufe:
Krankenkasse:			Pflegegrad: 1 2 3 4 5
Versicherten Nr.:			Person ist beihilfeberechtigt: ja

2.2 PG54 - Antrag auf Kostenübernahme:

Zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel (PG 54) bis maximal 40,- EUR monatlich (§ 40 Abs. 2 SGB XI). Bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,- EUR monatlichen (§ 40 Abs. 2 SGB XI). Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bitte zutreffendes	Pflegehilfsmittel (Produktgruppe)	Positionsnummer
	Einwegbettschutzeinlagen	19.40.05.4076
	Einmalhandschuhe (puderfrei)	54.99.01.0001
	Mundschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
	Händedesinfektionsmittel (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.001
	Flächendesinfektionsmittel (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.002
	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
	Schutzschürzen (waschbar)	54.99.01.3002
	FFP2 Masken	
	Desinfektionstücher Fläche	54.99.02.005

2.3 PG51 - Antrag für Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

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

Stückzahl (nach Bedarf)	Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 51)	Positionsnummer
1 2 3 4	Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (75 x 85 cm)	51.40.01.4

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:

Impulse Distribution GmbH Institutionskennzeichen:
Möckernstraße 31, 30453 Hannover IK NR: 330 302 458

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



Datum



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

PG 54 bis 40,- EUR monatlich

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung

PG 54 bis 20,- EUR monatlich

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift

2.1 Persönliche Daten des Versicherten.



2.2 Bitte markieren Sie alle Produkte, die Sie ausgewählt haben.

Unser Tipp: Um später den Inhalt Ihrer Impulsebox leichter anpassen zu können, raten wir Ihnen, alle Produkte, deren Gebrauch Sie sich vorstellen können, anzukreuzen. Der Pflegekasse wird immer nur das in Rechnung gestellt, was wir Ihnen liefern.

2.3 Bitte markieren Sie, falls Sie wiederverwendbare Bettschutzeinlagen benötigen.

Unser Tipp: Wählen Sie 4 Bettschutzeinlagen aus, damit Sie diese öfter wechseln können. Die Pflegekasse genehmigt dann entsprechend ihren Vorgaben.

Empfangsvollmacht: Bitte füllen Sie dieses Formular aus und unterschreiben Sie es zusätzlich, falls Sie möchten, dass Ihr ambulanter Pflegedienst das Paket für Sie entgegennimmt.

Anbieter-Wechsel: Wenn Sie die Pauschale bisher von einem anderen Anbieter oder einer Apotheke erhalten haben und zukünftig von uns versorgt werden möchten, füllen Sie bitte dieses Dokument aus und unterschreiben Sie es.

2

Antrag auf Kostenübernahme

Zur Versorgung des Versicherten mit bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI. Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!



Bequeme Bestellung
Fax: 05102 - 8487261

2.1 Versicherte/r:

Herr Frau Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Nr.: _____ Telefon Nr.: _____

PLZ, Ort: _____ Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____ Pflegegrad/-stufe: _____

Krankenkasse: _____ Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Versicherten Nr.: _____ A Person ist beihilfeberechtigt: ja

2.2 PG54 - Antrag auf Kostenübernahme:

Zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel (PG 54) bis maximal 40,- EUR monatlich (§ 40 Abs. 2 SGB XI). Bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,- EUR monatlichen (§ 40 Abs. 2 SGB XI). Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bitte zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54)	Positionsnummer
<input type="checkbox"/>	Einwegbettschutzeinlagen	19.40.05.4076
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe (puderfrei)	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.002
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (waschbar)	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/>	FFP2 Masken	
<input type="checkbox"/>	Desinfektionstücher Fläche	54.99.02.005

2.3 PG51 - Antrag für Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

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

Stückzahl (nach Bedarf)	Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 51)	Positionsnummer
1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>	Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (75 x 85 cm)	51.40.01.4

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:

Impulse Distribution GmbH Institutionskennzeichen:
Möckernstraße 31, 30453 Hannover IK NR: 330 302 458

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

✓
 Datum _____

✓
 Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

PG 54 bis 40,- EUR monatlich PG 51 ohne Zuzahlung PG 51 mit Zuzahlung

PG 54 bis 20,- EUR monatlich PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r) PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)

Datum _____ IK-Nr. der Pflegekasse _____ Stempel/Unterschrift _____

ImpulseBox eine Marke der Impulse Distribution GmbH | Möckernstraße 31 | 30163 Hannover | Registergericht: HRB; Registernummer: 61614; Geschäftsführer André Stenzel IK #330302458 Tel: 0511 9999 4 270 | Fax 0511 9999 4 279 | E-Mail: info@impulsebox.de

Hinweis: Datum und Unterschrift nicht vergessen.

ImpulseBox ist eine Marke der Impulse Distribution GmbH | Möckernstraße 31 | 30163 Hannover | Registergericht: HRB; Registernummer: 61614; Geschäftsführer André Stenzel IK #330302458 Tel: 0511 9999 4 270 | Fax 0511 9999 4 279 | E-Mail: info@impulsebox.de