



# 2 Antrag auf Kostenübernahme Ihre HygieneBox

Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular an folgende Adresse: Hygiene daheim GmbH, Glückauf-Ring 19, 45699 Herten

VERSICHERTE(R) / PFLEGEBEDÜRFTIGE(R)	
Vorname:	Name:
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:
Geb.-Datum:	E-Mail:
Pflegekasse:	Versicherten-Nr.:

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe 54 – bis maximal 40 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Bitte zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittel- positionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.1001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

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

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel- positionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	51.40.014. _ _ _

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift:  
Hygiene daheim GmbH, Glückauf-Ring 19, 45699 Herten

Institutionskennzeichen:  
IK 330557127

Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular an folgende Adresse: **Hygiene daheim GmbH, Glückauf-Ring 19, 45699 Herten.** Hierfür können Sie gerne unseren kostenlosen Rücksendeschein verwenden (Download: [www.hygiene-daheim.de/ihre-hygienebox/antragsformulare.html](http://www.hygiene-daheim.de/ihre-hygienebox/antragsformulare.html)).

Sollten Sie nicht über die Möglichkeit verfügen das Formular auszudrucken senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular bitte an folgende E-Mail-Adresse: **info@hygiene-daheim.de.**

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

- PG 54 bis € 40 monatlich       PG 54 bis € 20 monatlich       PG 51 mit Zuzahlung  
 PG 51 ohne Zuzahlung       PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)       PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel und Unterschrift