

Bitte an Alippi GmbH, Pflegehilfsmittelcenter, Leipziger Straße 160, 08058 Zwickau senden oder faxen: 0375 88303-403

Antrag auf Kostenübernahme

(Name, Vorname) (Geburtsdatum) (Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal 40,00 € / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Menge / Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen		Anzahl / Einheit	Nur von der Pflegekasse auszufüllen	
		benötigt werden: ja	nein		genehmigt werden: ja	nein
saugende Bett-schutzeinlagen Einmalgebrauch	30 Stk. (21,34 €)					

Das Formular kann aufgrund der Corona-Pandemie nicht aktuell gehalten werden.

Bitte melden Sie sich telefonisch in unserer Pflegekasse unter 0375 88303-170

Flächendesinfektionsmittel	500 ml (6,16 €)						
Flächendesinfektionsmittel	1000 ml (12,32 €)						

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

Artikel	Menge / Preis	benötigt werden:		Anzahl / Einheit	genehmigt werden:		Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein	
saugende Bett-schutzeinlagen wiederverwendb.	pro Stk. (26,16 €)						

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante Pflege verwendet werden.

Alippi
Pflegehilfsmittelcenter
Leipziger Straße 160 · 08058 Zwickau
Tel.: 0375 88303-170, -171
Fax: 0375 88303-403

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

IK 331401622

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis zu 40,00 € monatlich
 PG 54 bis zu 20,00 € monatlich/Beihilfeberechtigung
 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)