

# Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

zum Verbrauch bestimmt gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit 40 Absatz 2 SGB XI

Alif Medical & Care GmbH & Co. KG

**IK-Nr.: 330 714 296**

Steinebacher Ring 15 • 57629 Linden

Tel.: 026 66 - 912 91 16 • Fax: 026 66 - 912 91 17

Email: info@alif-medicare.de • Web: www.alif-medicare.de



## 1 Versicherte/r (Person mit Pflegegrad)

Frau	Herr	<b>Pflegegrad:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname	Straße & Haus-Nr.		Telefon-Nr. (für Rückfragen)				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<b>Versicherungsart:</b>				
Vorname	PLZ & Wohnort		gesetzlich	privat	Beihilfe		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Krankenkasse (genaue Bezeichnung)		Versicherten-Nr.				

## 2 Ihre Bestellung

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

PGHP-Nr.	Pflegehilfsmittel	Auswahl
54.99.01.1001	Einmalhandschuhe Größe: <b>S M L XL</b>	
54.99.02.0001	Händedesinfektionsmittel	
54.99.02.0002	Flächendesinfektionsmittel	
54.99.02.0014	Desinfektionstücher für Hände	
54.99.02.0015	Desinfektionstücher für Flächen	
54.45.01.0001	Saugende Bettschutzeinlagen einmalgebrauch	
54.99.01.2001	Medizinischer Mundschutz	
54.99.01.5001	FFP2-Masken	
54.99.01.3001	Schutzschürzen einmalgebrauch	
54.99.01.3002	Schutzschürzen waschbar	
54.99.01.4001	Ess-/Schutzlätzchen einmalgebrauch	
54.99.01.0001	Fingerlinge	

für Pflegehilfsmittel unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

51.40.01.4	Bettschutzaufgabe waschbar	<b>Stück</b>
------------	----------------------------	--------------

## 3 Leistungserbringerwechsel

Ich habe bereits einen Leistungserbringer und möchte zu Alif Medical & Care wechseln.

Ich kündige selbst bei meiner Pflegekasse bzw. habe bereits gekündigt.

Hiermit kündige ich die Belieferung meiner Pflegepakete durch den aktuellen Leistungserbringer und möchte mit sofortiger Wirkung durch die Firma Alif Medical & Care GmbH & Co. KG beliefert werden. Ich selbst bin für eine eigene Kündigung bei meinem vorherigen Leistungserbringer/Versorger verantwortlich und muss diese selbst tätigen.

## 4 Einwilligung

Ich habe die Datenschutzerklärung (<https://www.alif-medicare.de/datenschutz.html>) sowie die AGB (<https://www.alif-medicare.de/agb.html>) der Alif Medical & Care GmbH & Co. KG zur Kenntnis genommen und stimme diesen zu. Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten zum Zweck der Auftragserfüllung einverstanden. Als Versicherte/r trete ich meinen Kostenerstattungsanspruch gemäß §398 BGB gegenüber dem Kostenträger an die Alif Medical & Care GmbH & Co. KG (Steinebacher Ring 15, 57629 Linden, Geschäftsführer: Gero Schmitt, Murat Zengin) ab und beauftrage diese mit der Belieferung und Abrechnung der Kosten für meine ausgewählten Pflegehilfsmittel. Ich wurde zudem darüber informiert, dass die gewählten Produkte ausschließlich für die ambulante und private Pflege verwendet werden dürfen. Die gewählten Produkte werden von mir dauerhaft benötigt. Bitte verzeichnen Sie die Alif Medical & Care GmbH & Co. KG als meinen Leistungserbringer für Hilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse.

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum	Unterschrift Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r

Jetzt **QR-Code scannen** und Formulare runterladen, sowie Infos **in weiteren Sprachen** erhalten!

