

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

zum Verbrauch bestimmt gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit 40 Absatz 2 SGB XI durch den Leistungserbringer:

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)					Versicherungsart:																
Frau	Herr	Pflegegrad:	1	2	3	4	5	gesetzlich	privat	Beihilfe											
<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"/>															
Vorname			PLZ & Wohnort			Emailadresse (für Sendungsverfolgung)															
<input type="text"/>			<input type="text"/>			<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>					<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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 Pflegehilfsmittel zum Verbrauch

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilferechtigung 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: S M L XL	
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	

3 Ihre Bestellung waschbare Bettschutzeinlagen

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

PGHP-Nr.	Pflegehilfsmittel	Menge
51.40.01.4	Bettschutzaufgabe waschbar	Stück

Beratungsdokumentation Pflegehilfsmittel

zum Verbrauch bestimmt gemäß § 127 Absatz 5 SGB V in Verbindung mit § 29 Absatz 1 SGB XI durch den Leistungserbringer:

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



4 Beratung des Versicherten vor Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

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

Der o. g. Leistungserbringer hat mich persönlich und/oder meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen) beraten.

Datum der Beratung:

Beratende/r Mitarbeiter/in:

5 Leistungserbringerwechsel

Ich habe bereits einen Leistungserbringer und möchte hiermit 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.

6 Einwilligung und Datenschutz

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.

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.

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 habe die Datenschutzerklärung (<https://www.alif-medicare.de/datenschutz.html>) sowie die allgemeinen Geschäftsbedingungen (<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.

VZ606

<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!



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