

### Versicherte/r:

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Vorname*	<input type="text"/>	Nachname*	<input type="text"/>
Straße.Nr*		<input type="text"/>		Telefon / Mobi*	
PLZ*		<input type="text"/>		Ort*	
E-mail*		<input type="text"/>		Geburtsdatum.*	
Krankenkasse*		<input type="text"/>		Versichertenr*	

### Antrag auf Kostenübernahme

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 X

Wird grundsätzlich benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
-----------------------------	---	-----------------

<input type="checkbox"/>	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Wiederverwendbar)	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002

### Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) im Wert von 26,16 € pro Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt

Stückzahl (nach Bedarf)	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Positionsnummer
-------------------------	--	-----------------

<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (75 x 85 cm)	51.40.01.4
---	---	------------

Hiermit bevollmächtige ich Vitalset mit der Antragstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch Vitalset, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber Vitalset solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie Vitalset als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Gewünschte Produkte werden von mir ausnahmslos für die ambulante private Pflege im angegebenen Umfang bezogen.

Ort, Datum

Unterschrift Vollmachtgeber oder Bevollmächtigte(r)

### Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

Bitte zurück an die Faxnummer 040 / 34 99 99 990

PG 54 bis 40,- € monatlich   
  PG 51 ohne Zzgl./Beihilfeberechtigter   
 **IK 330205143**  
 PG 54 bis 40,- € monatlich   
  PG 51 mit Zzgl./Beihilfeberechtigter   
 PG 51 ohne Zzgl.   
 PG 51 mit Zzgl.