

Anlage 3 - Erklärung zum Erhalt von Pflegehilfsmitteln (Empfangsbestätigung)**AC/TK: 11/00/P53**

Name der Pflegekasse		IK der Pflegekasse
Name des Versicherten, ggf. eines Ansprechpartners	Versichertennummer	Geburtsdatum
Anschrift des Versicherten, ggf. eines Ansprechpartners		
Name und Adresse der Apotheke		IK der Apotheke
		☐
Versorgungsmonat		Beihilfe

Die zuvor genannte Apotheke hat mir heute im augenscheinlich hygienischen und einwandfreien Zustand nachfolgend aufgeführte Pflegehilfsmittel übergeben sowie mich – soweit erforderlich – in den Gebrauch des Pflegehilfsmittels eingewiesen.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Menge		Gesamtpreis mit MwSt. in €
Genehmigungskennzeichen:				
Bettsschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001		Stück	
Fingerlinge	54.99.01.0001		Stück	
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001		Stück	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001		Stück	
Partikelfiltrierende Halbmasken	54.99.01.5001		Stück	
Schutzschürzen Einmalgebrauch	54.99.01.3001		Stück	
Schutzschürzen wiederverwendbar	54.99.01.3002		Stück	
Schutzservietten Einmalgebrauch	54.99.01.4001		Stück	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001		100 ml	
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002		100 ml	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014		Stück	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015		Stück	
Gesamtsumme PG 54				
Eigenbeteiligung PG 54 (Betrag über 42 €)				

Genehmigungskennzeichen:				
Bettsschutzeinlagen wiederverwendbar	51.40.01.4_ _ _		Stück	
Zuzahlung PG 51				

Ich darf die überlassenen Pflegehilfsmittel keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. 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. darüberhinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen. Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten. Weiterhin bin ich darauf hingewiesen worden, dass ich die erhaltenen Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwenden darf.

Datum und Unterschrift des Versicherten*

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