

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 / Telefonnummer		
Name und Adresse und Telefonnummer der Apotheke		IK der Apotheke
		<input type="checkbox"/>
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	Nettopreis in €	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Menge	Gesamtpreis ohne MwSt. in €	Gesamtpreis mit MwSt. in €
Genehmigungskennzeichen:					
Bettscutzeinlagen Einmalgebrauch	0,44	54.45.01.0001	Stück		
Fingerlinge	0,06	54.99.01.0001	Stück		
Einmalhandschuhe	0,09	54.99.01.1001	Stück		
Medizinische Gesichtsmasken	0,14	54.99.01.2001	Stück		
Partikelfiltrierende Halbmasken	0,80	54.99.01.5001	Stück		
Schutzschürzen Einmalgebrauch	0,13	54.99.01.3001	Stück		
Schutzschürzen wiederverwendbar	21,00	54.99.01.3002	Stück		
Schutzservietten Einmalgebrauch	0,13	54.99.01.4001	Stück		
Händedesinfektionsmittel	1,40	54.99.02.0001	100 ml		
Flächendesinfektionsmittel	1,30	54.99.02.0002	100 ml		
Händedesinfektionstücher	0,18	54.99.02.0014	Stück		
Flächendesinfektionstücher	0,17	54.99.02.0015	Stück		
Gesamtsumme PG 54					
Eigenbeteiligung PG 54 (Betrag über 42 €)					

Genehmigungskennzeichen:					
Bettscutzeinlagen wiederverwendbar	22,00	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