

**ANTRAGSFORMULAR DER
KOSTENÜBERNAHME FÜR PFLEGEBOX
SWIFTMED**

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Frau Herr Vorname

Nachname

Straße & Nr.

PLZ, Ort

Geb- Datum

Pflegegrad vorhanden ja nein

Telefon

E-Mail

Pflegekasse

Versicherten-Nr.

Ich beantrage die Kostenübernahme

Für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI / Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)

PFLEGEBOX 6

INHALT	Menge	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Medizinische Schutzmasken	10 Stk.	
Bettschutzeinlage	50 Stk.	
Einmalhandschuhe	100 Stück. Größe <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L	
Händedesinfektion	500 ML	

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen
SMB Swift Med Berlin GmbH / Halle 25 / Colditzstraße 33, 12099 Berlin	331108706

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) 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.

Ort/Datum

Unterschrift

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages
- PG 54 Beihilfenberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfenberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfenberechtigter

SMB Swift Med Berlin GmbH
Halle 25
Colditzstraße 33
12099 Berlin
+49 30 84717885
kontakt@swiftmed.de
IK-NR: 331108706

