

**HEK**  
**Pflegezentrum**  
**22039 Hamburg**

**Antrag auf zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel**

|                                     |              |                    |
|-------------------------------------|--------------|--------------------|
| Name, Vorname des Pflegebedürftigen | Geburtsdatum | Versichertennummer |
| Anschrift                           |              | Telefon            |

**Antrag auf Kostenzuschuss für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel für folgende Artikel**

- saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch
- Fingerlinge
- Einmalhandschuhe
- Mundschutz
- Schutzschürzen zum Einmalgebrauch
- Händedesinfektionsmittel
- Flächendesinfektionsmittel
- Sonstiges:  
\_\_\_\_\_

**Antrag auf Pflegehilfsmittel zur Körperpflege oder Körperhygiene**

\_\_\_\_\_ Stück wiederverwendbare Bettschutzeinlage/n

**Gewünschter Vertragslieferant**

|                    |
|--------------------|
| Name des Anbieters |
| Anschrift          |

**Bankverbindung**

|                |     |
|----------------|-----|
| Kontoinhaber   |     |
| Kreditinstitut |     |
| IBAN           | BIC |

**Bitte wenden**

|                                     |              |                    |
|-------------------------------------|--------------|--------------------|
| Name, Vorname des Pflegebedürftigen | Geburtsdatum | Versichertennummer |
|-------------------------------------|--------------|--------------------|

**Pflegesituation**

|   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Wird eine Bettpfanne oder Urinflasche/-schiffchen benutzt?                            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wird die Körperpflege oder Körperhygiene im Bett durchgeführt?                        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wird der Enddarm manuell ausgeräumt?  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kommt es bei der Pflege zu Kontakt mit Blut, Ausscheidungen oder Körperflüssigkeiten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Liegen chronische Infektionen beim Pflegebedürftigen vor?                             | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn ja, welche: _____  |                             |                               |

**Die Pflege wird durchgeführt von**

|                                |
|--------------------------------|
| Name der privaten Pflegeperson |
|--------------------------------|

|           |
|-----------|
| Anschrift |
|-----------|

|                         |
|-------------------------|
| Name des Pflegedienstes |
|-------------------------|

|           |
|-----------|
| Anschrift |
|-----------|

**Mein behandelnder Arzt**

|                 |         |
|-----------------|---------|
| Name, Anschrift | Telefon |
|-----------------|---------|

**Hinweise zum Datenschutz und zur Mitwirkungspflicht:**

Zur Leistungsentscheidung ist Ihr Mitwirken nach § 60 SGB I erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen gemäß § 66 SGB I bei den Leistungsansprüchen führen. Ihre Daten und die Daten Ihrer Pflegepersonen sind aufgrund § 67a SGB X und § 94 SGB XI zu erheben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Pflegebedürftigen oder  
Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten

## **Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel**

### **Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel**

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel sind Produkte, die der Pflegeperson die Pflege eines Pflegebedürftigen erleichtern. Zum Beispiel verhindern sie, dass beim Waschen einer bettlägerigen pflegebedürftigen Person das Bett feucht wird. Dabei können die verwendeten Pflegehilfsmittel aufgrund ihres Materials oder aus hygienischen Gründen nicht mehrfach benutzt werden. Als zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel kommen insbesondere in Frage:

- saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch
- Fingerlinge
- Handschuhe
- Schutzschürzen
- Händedesinfektionsmittel
- Flächendesinfektionsmittel
- Mundschutz

### **Voraussetzungen**

Pflegebedürftige Personen ab dem Pflegegrad 1 können zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel beantragen, wenn diese von der Pflegeperson genutzt werden und ihr die Pflege erleichtern oder vor dem Kontakt mit Blut, Ausscheidungen oder Körperflüssigkeiten schützen.

### **Antragsverfahren**

Bitte senden Sie den Antrag vollständig ausgefüllt zurück. Wir lassen dann durch eine Pflegefachkraft oder den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung die pflegerischen Voraussetzungen prüfen. Dies erfolgt in der Regel anhand der vorliegenden schriftlichen Unterlagen und des letzten Pflegegutachtens. Sollte eine persönliche Begutachtung notwendig sein, werden Sie rechtzeitig benachrichtigt. Sobald uns das Gutachten vorliegt, informieren wir Sie, ob eine Zuschusszahlung möglich ist.

### **Höhe des Kostenzuschusses**

Sie erhalten einen Zuschuss in Höhe von bis zu 40 Euro monatlich. Für Personen mit Anspruch auf Beihilfe oder freie Heilfürsorge beträgt der Zuschuss bis zu 20 Euro monatlich. Die Beihilfestelle gewährt auf Antrag die Differenz.

### **Lieferanten**

Die Pflegekassen haben Verträge mit Lieferanten abgeschlossen. Dadurch ist sichergestellt, dass die Materialien den gesetzlichen Normen und Qualitätsstandards entsprechen. Der Vertragslieferant übernimmt die direkte Kostenabrechnung, sodass keine Vorauszahlung erforderlich ist. Der Lieferant berechnet dem Pflegebedürftigen nur die gegebenenfalls selbst zu zahlenden Anteile. Eine Liste mit Vertragslieferanten senden wir Ihnen gerne zu.

### **Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen**

Anstelle von Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch können in der Regel auch wiederverwendbare Bettschutzeinlagen genutzt werden. Der Gutachter prüft zusätzlich zur pflegerischen Notwendigkeit, ob der Einsatz von wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen wirtschaftlicher ist. Dies erfolgt auch in Ihrem Interesse, da bei regelmäßiger Nutzung von wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen der Kostenzuschuss aufgebraucht ist. Bei wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen fällt, sofern Sie nicht von der Zuzahlung befreit sind, einmalig eine Zuzahlung in Höhe von 10 Prozent der Kosten (zirka 2 bis 3 Euro je Einlage) an.

Ihre Fragen beantwortet Ihnen das HEK - Team Direkt gern: 0800 0213213 (kostenfrei).