

**Anlage 3 - Erklärung zum Erhalt von Pflegehilfsmitteln (Empfangsbestätigung)
- Zum Verbleib in der Apotheke -**

AC/TK: 11/00/P53

IK und Name der Pflegekasse

Versichertennummer

Versorgungsmonat

Name des Versicherten, ggf. eines Ansprechpartners

Geburtsdatum

Anschrift des Versicherten, ggf. eines Ansprechpartners

Genehmigungskennzeichen

IK, Name und Adresse der Apotheke, Telefon

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 (Nettogesamtpreis in €)	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Menge St/100 ml	Gesamtpreis mit MwSt. in €
Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001		
Fingerlinge	54.99.01.0001		
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001		
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001		
Partikelfiltrierende Halbmasken	54.99.01.5001		
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001		
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002		
Schutzservietten - Einmalgebrauch	54.99.01.4001		
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001		
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002		
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014		
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015		

Gesamtsumme PG 54

Eigenbeteiligung PG 54

Bettschutzeinlagen wiederverwendbar 51.40.01.4

Zuzahlung PG 51

Beihilfe

Zahlbetrag Patient

Zahlbetrag Kasse

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 der/des Versicherten*

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