Antrag auf Pflegehilfsmittel

Antragsteller:

Name: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gewünschte Pflegehilfsmittel (bis zu 40 €/Monat):

[ ] Einmalhandschuhe

[ ] Desinfektionsmittel

[ ] Bettschutzeinlagen

[ ] Schutzschürzen

[ ] Mundschutz

[ ] Sonstiges: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Erklärung:

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel gemäß § 40 SGB XI.

Ort, Datum:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers / Betreuers:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_