

Antwort an:

IKK Brandenburg und Berlin
Service-Center Berlin
Keithstr. 9/11
10787 Berlin

Allgemeine Angaben		
Name Vorname	Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer
Straße Hausnummer	PLZ Ort	Telefonnummer *
Ich beantrage		
<input type="checkbox"/> zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) (in Höhe von bis zu 40 Euro monatlich, darüber hinaus gehende Kosten trage ich selbst)		
folgende Hilfsmittel benötige ich:	zum Verbrauch bestimmtes Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
<input type="checkbox"/>	saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
<input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel zur Körperpflege (Produktgruppe 51)		
benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege	Positionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4000
Ich möchte die Hilfsmittel von dem folgenden Leistungserbringer erhalten:		
Name Sanitätshauses/der Apotheke	Telefonnummer *	
Anschrift Sanitätshauses/der Apotheke	IK Kennzeichen	
Datenschutzhinweis		
Wir erheben die Daten für die Prüfung Ihres Antrages auf Pflegehilfsmittel zum Verbrauch nach § 40 SGB XI und § 94 SGB XI.		
Datum	Unterschrift des Versicherten/Bevollmächtigten/Betreuers	