

# Antrag auf Pflegehilfsmittel

## Angaben zum Antragsteller (Name und Adresse)

  

## Versichertennummer

  
Telefonnummer  

Bitte an die IKK classic schicken. Vielen Dank!

**IKK classic**  
**04063 Leipzig**

E-Mail [info@ikk-classic.de](mailto:info@ikk-classic.de)  
Fax 0800 800 4551

### Ich beantrage folgende Pflegehilfsmittel zum Verbrauch (Produktgruppe 54):

	Menge pro Monat (geschätzt)	Wird benötigt
Bettstutzeinlagen (saugende) zum Einmalgebrauch		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Desinfektionsmittel für die Hände		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Desinfektionsmittel für Flächen/Gegenstände		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Einmalhandschuhe		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Fingerlinge		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Mundschutz		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schutzschürzen zum Einmalgebrauch		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schutzschürzen zur mehrfachen Verwendung		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Ich beantrage folgende technische Pflegehilfsmittel (Produktgruppen 50 bis 53):

Zuzahlung ohne Befreiung: 10% Eigenanteil, max. 25,- EUR je Hilfsmittel ab Vollendung des 18. Lebensjahres

	Menge insgesamt (einmalig)	Wird benötigt
Bettstutzeinlagen (saugende), wieder verwendbare		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
sonstige, mit genauer Bezeichnung:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

### Gewünschter Lieferant:

  
  

(Name und Anschrift)

(IK-Zeichen falls bekannt)

Telefon

Ich wünsche die Kostenerstattung gegen Vorlage der Quittungen.  
(bitte ankreuzen, falls gewünscht)

Ich benötige die Pflegehilfsmittel, um dadurch die Pflege zu erleichtern bzw. überhaupt erst zu ermöglichen. Die gewünschten Produkte werden ausschließlich für die private Pflege verwendet. Ich melde mich bei der IKK classic, sobald eines oder mehrere dieser Hilfsmittel nicht mehr benötigt werden.

Ort  Datum  Unterschrift Pflegebedürftiger bzw. Betreuer\*  Telefonnummer\*

\*freiwillige Angabe (Unterschrift kann bei Übermittlung per E-Mail entfallen)