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
Fax 0800 800 4551

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

	Menge pro Monat (geschätzt)	Wird benötigt
Bettschutzeinlagen (saugende) zum Einmalgebrauch		☐ Ja ☐ Nein
Desinfektionsmittel für die Hände		☐ Ja ☐ Nein
Desinfektionsmittel für Flächen/Gegenstände		☐ Ja ☐ Nein
Einmalhandschuhe		☐ Ja ☐ Nein
Fingerlinge		☐ Ja ☐ Nein
Mundschutz		☐ Ja ☐ Nein
Schutzschürzen zum Einmalgebrauch		☐ Ja ☐ Nein
Schutzschürzen zur mehrfachen Verwendung		☐ Ja ☐ 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 ingesamt (einmalig)	Wird benötigt
Bettschutzeinlagen (saugende), wieder verwendbare		☐ Ja ☐ Nein
sonstige, mit genauer Bezeichnung:		☐ Ja ☐ Nein

Gewünschter Lieferant:

(Name und Anschrift)

(IK-Zeichen falls bekannt)

Telefon

☐ Ich wünsche die Kostenerstattung gegen Vorlage der Quittungen.
Betrifft lediglich Produktgruppe 54.
(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)