

# Empfehlung der Pflegefachkraft

Anhang I

nach § 40 Absatz 6 SGB XI für ein Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel

## I. Allgemeine Angaben

Name, Vorname der/des Versicherten \_\_\_\_\_ Versichertennummer 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Telefonnummer (freiwillig) \_\_\_\_\_ Geburtsdatum (TTMMJJJJ) 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Anschrift der/des Versicherten/Pflegebedürftigen \_\_\_\_\_

Name, Anschrift der zuständigen Krankenkasse/Pflegekasse \_\_\_\_\_

Name, Vorname der Pflegefachkraft \_\_\_\_\_ Beschäftigtennummer ( § 293 Abs. 8 SGB V) 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Institutionskennzeichen des Pflegedienstes, der Beratungsstelle nach § 37 Abs. 7 SGB XI  
oder der Pflegefachkraft nach § 77 SGB XI 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Name, Anschrift o. ggf. Stempel des Pflegedienstes, (für Rückfragen) \_\_\_\_\_  
der Beratungsstelle o. der Pflegefachkraft, Telefonnummer

## II. Angaben der Pflegefachkraft

### a) Vorhandene Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel

Bei der/dem Versicherten sind bereits folgende Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel vorhanden (bitte auch die Hilfsmittel auflisten, die nicht pflegerischen Zielen des § 40 SGB XI dienen, unabhängig vom Kostenträger):

Folgende Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel sind bereits vorhanden:  Keine

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### b) Empfehlung der Pflegefachkraft:

Ich empfehle für die o. g. Versicherte bzw. den Versicherten folgendes Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel (bitte das Produkt nach seiner Art bezeichnen und kein einzelnes Firmenprodukt/keinen Markennamen nennen):

Bezeichnung des Hilfsmittels/Pflegehilfsmittels: \_\_\_\_\_ 7-stellige Positionsnummer 

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

Ggf. Bezeichnung des Zubehörs: \_\_\_\_\_ 7-stellige Positionsnummer 

|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|

**c) Begründung für die Empfehlung:**

Das Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel dient der bzw. dem Pflegebedürftigen zu folgendem Zweck und wird aus folgenden Gründen benötigt:

---

---

---

Hinweis für die Pflegefachkraft: Im Fall Ihrer Empfehlung kann die Erforderlichkeit bzw. Notwendigkeit der Versorgung nur für die Hilfsmittel oder Pflegehilfsmittel vermutet werden, die im Anhang II dieser Richtlinien als Produktart aufgeführt sind. Es ist zu beachten, dass Pflegebedürftigkeit der bzw. des Pflegebedürftigen im Sinne des SGB XI vorliegen muss. Bitte geben Sie folgende Erklärung ab.

Ich versichere, dass ich die Angaben vollständig gemacht habe, die fachlichen Anforderungen gemäß Ziffer 2.3 dieser Richtlinien erfülle und über folgende berufliche Qualifikation verfüge:

Datum (TT MM JJJJ)

Unterschrift Pflegefachkraft \_\_\_\_\_

**III. Bestätigung der/des Versicherten (Pflegebedürftigen)**

Hiermit nehme ich die oben genannte Empfehlung der Pflegefachkraft für das (Pflege-) Hilfsmittel zur Kenntnis und bin damit einverstanden. Mit dieser Empfehlung kann ich **innerhalb von zwei Wochen** bei meiner Pflege-/Krankenkasse einen Leistungsantrag stellen. Hierzu werde ich einen Leistungserbringer (z. B. Sanitätshaus, Apotheke) wählen, der Vertragspartner der Pflege-/Krankenkasse ist, und dies für mich übernimmt. Eine ärztliche Verordnung (Rezept) ist nicht erforderlich. Mit ist bekannt, dass die Pflege-/ Krankenkasse nur die Kosten für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistung übernimmt. Eine Doppelversorgung ist ausgeschlossen.

Datum (TT MM JJJJ)

Unterschrift Versicherte/ \_\_\_\_\_  
Versicherter oder gesetzliche(r) Vertreter(in)

**IV. Empfangsbestätigung der/des Versicherten für ein Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel**

Ich habe das (Pflege-)Hilfsmittel

10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer von folgendem Leistungserbringer erhalten:

Institutionskennzeichen des Leistungserbringers

Name, Anschrift oder ggf. Stempel des Leistungserbringers

---

---

---

Datum (TT MM JJJJ)

Unterschrift Versicherte/ \_\_\_\_\_  
Versicherter oder gesetzliche(r) Vertreter(in)

\* Ausnahmsweise kann die bzw. der Pflegebedürftige oder die Pflegefachkraft den Antrag direkt an die Kranken- bzw. Pflegekasse weiterleiten.