

**Empfehlung der Pflegefachkraft nach § 40 Absatz 6 SGB XI  
für ein Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel**

**Anhang I**

(Bitte pro Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel inkl. Zubehör und Zusätze ein Formular verwenden.)

**I. Allgemeine Angaben**

Name, Vorname der/des Versicherten

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Versichertennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefonnummer (freiwillig)

Geburtsdatum (TT MM JJJJ)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 o. der Pflegefachkraft nach § 77 SGB XI

Name, Anschrift o. ggf. Stempel des Pflegedienstes,  
der Beratungsstelle o. der Pflegefachkraft

Telefonnummer (für Rückfragen)

**II. Angaben der Pflegefachkraft**

**a) Vorhandene Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel**

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

Keine  Folgende **Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel** sind bereits vorhanden:

**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)