

**Empfehlung der Pflegefachkraft nach § 40 Abs. 6 SGB XI  
für ein Hilfsmittel / Pflegehilfsmittel**  
(Bitte pro Empfehlung ein Formular verwenden)

**I. Allgemeine Angaben**

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

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

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

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse der/des Versicherten

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname der Pflegefachkraft

\_\_\_\_\_  
Beschäftigtenummer

\_\_\_\_\_  
Institutionskennzeichen

\_\_\_\_\_  
**Name, Anschrift o. Stempel des Pflegedienstes / der Beratungsstelle**

**II. Weitere Angaben**

**1. Vorhandene Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel**

Bei der/dem Versicherten sind bereits folgende Hilfsmittel/Pflegehilfsmittel vorhanden:

Keine  Folgende Hilfsmittel sind bereits vorhanden:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**2. Empfehlung**

Ich empfehle für die/den o.g. Versicherte/Versicherten folgendes Hilfsmittel bzw. Pflegehilfsmittel:

\_\_\_\_\_  
**Bezeichnung des Hilfsmittels**

\_\_\_\_\_  
**7-stellige Positionsnummer**

\_\_\_\_\_  
**Ggf. Bezeichnung des Zubehörs**

\_\_\_\_\_  
**7-stellige Positionsnummer**

**Begründung:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ich versichere, dass ich die Angaben vollständig gemacht habe, die fachlichen Anforderungen erfülle und über folgende berufliche Qualifikation verfüge:**

---

\_\_\_\_\_  
Datum

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

### **III. Angaben der/des Versicherten**

Hiermit nehme ich die oben genannte Empfehlung zur Kenntnis und bin damit einverstanden. Mit dieser Empfehlung kann ich innerhalb von zwei Wochen bei einem Leistungserbringer (z.B. Sanitätshaus) meiner Wahl die Empfehlung abgeben, der für mich bei meiner Kranken-/Pflegekasse einen Leistungsantrag stellt. Eine ärztliche Verordnung (Rezept) ist nicht erforderlich. Mir ist bekannt, dass die Pflege-/Krankenkasse nur die Kosten für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistung übernimmt. Diese bekomme ich von meinem Leistungserbringer angeboten.

\_\_\_\_\_  
Datum

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

### **IV. Empfangsbestätigung**

Ich habe das (Pflege-)Hilfsmittel

\_\_\_\_\_  
Hilfsmittelnummer

von folgendem Leistungserbringer erhalten:

**330301399**

Institutionskennzeichen

\_\_\_\_\_  
Datum

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