

Antrag auf Kostenübernahme

Vertrag zur Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI



Name, Vorname _____ Geb.-Datum _____ Versichertennummer _____

Anschrift _____ Pflegekasse _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs.2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs.2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bezeichnung: zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Rechen- größe	Menge/Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück		
Fingerlinge	54.99.01.0001	1 Stück		
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	1 Stück		
Mundschutz	54.99.01.2001	1 Stück		
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück		
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück		
Händedesinfektion	54.99.02.0001	100 ml		Bei 500 ml den Faktor 5 bei 1000 ml den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektion	54.99.02.0002	100 ml		

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung: Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Rechen- größe	Menge/Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Saugende Bettschutzeinlagen wiederverwendbar	51.40.01.4108	1 Stück		

durch folgenden Leistungserbringer: **siehe Briefuß**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

Datum und Unterschrift des Versicherten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse	
<input type="checkbox"/> PG54 Bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> PG51 mit Zuzahlung
<input type="checkbox"/> PG54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> PG51 ohne Zuzahlung
	<input type="checkbox"/> PG51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
	<input type="checkbox"/> PG51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
_____ Datum	_____ IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift