

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

Antrag auf Kostenübernahme

.....
 (Name, Vorname) (Geburtsdatum) (Pflegekasse, Versichertennummer)

.....
 (Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal 60 € / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Benötigt werden Anzahl/Einheit	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch		54.45.01.0001
Fingerlinge		54.99.01.0001
Einmalhandschuhe		54.99.01.1001
Mundschutz		54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch		54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar		54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel		54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel		54.99.02.0002
Schutzlätzchen		54.99.01.4900

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege Körperhygiene	Benötigt werden	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar		51.40.01.4

- durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)

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 der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 60,00 € monatlich | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 20,00 € monatlich / Beihilfeberechtigung | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung |
| | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

.....
 (Datum)

.....
 (IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)