

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

Antrag auf Kostenübernahme

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

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

Ich beantrage die Kostenübernahme für:


zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - 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.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch 10,77 €	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge 5,64 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe 7,18 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz 7,18 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch 13,34 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar 25,65 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel 8,21 €	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel 6,16 €	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

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

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlage - wiederverwendbar	51.40.01.4

durch folgenden Leistungsbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen
 Gottlieb-Daimler-Str. 12, 35423 Lich Tel.: 06404/90799-65 Fax. 06404/90799-94	330601030

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

.....
 (Datum und Unterschrift der/des Versicherten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
 nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
 nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

.....
 (Datum)

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