

Antrag auf Kostenübernahme

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln
gem. § 78 Abs. 1 i. V. m. § 40 Abs. 2 SGB XI

| | |
|----------------------|-----------------------|
| Name, Vorname: | Geburtsdatum: |
| Anschrift: | |
| Pflegekasse: | Versichertenr.: |

Ich beantrage die Kostenübernahme:

- für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG) 54 – bis maximal 40,00 € / bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

| Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel | Zutreffendes ankreuzen | Pflegehilfsmittelpositionsnummer |
|--|--------------------------|----------------------------------|
| Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch | <input type="checkbox"/> | 54.45.01.0001 |
| Fingerlinge | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.0001 |
| Einmalhandschuhe | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.1001 |
| Mundschutz | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.2001 |
| Schutzschürzen Einmalgebrauch | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.3001 |
| Schutzschürzen - wiederverwendbar | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.3002 |
| Händedesinfektionsmittel | <input type="checkbox"/> | 54.99.02.0001 |
| Flächendesinfektionsmittel | <input type="checkbox"/> | 54.99.02.0002 |

- für 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 | Zutreffendes ankreuzen | Pflegehilfsmittelpositionsnummer |
|---|--------------------------|----------------------------------|
| Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar | <input type="checkbox"/> | 51.40.01.4 |

- durch folgenden Leistungserbringer:

| Name und Anschrift | Institutionskennzeichen (sofern bekannt) |
|--|--|
| Heim-Therapie-Service GmbH Nobelstraße 3 03238 Massen-NL | 591200992 |

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 | Unterschrift Versicherter/ Betreuer |
|-------|-------------------------------------|

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfeberechtigung <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfeberechtigung | <input type="checkbox"/> PG 54 (bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI) <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung (bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI) |
|--|--|

| | | |
|-------|----------------|-----------------------------------|
| Datum | IK Pflegekasse | Stempel/ Unterschrift Pflegekasse |
|-------|----------------|-----------------------------------|