

## Antrag auf Kostenübernahme

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

Name, Vorname

Geburtsdatum

Anschrift

Pflegekasse

Versicherungsnummer

### 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.

Auswahl	zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001
	Fingerlinge	54.99.01.0001
	Einmalhandschuhe in Größe: S M L XL	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

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.

Anzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	54.45.01.0001

durch folgenden Leistungserbringer:

Name

Anschrift

Institutionskennzeichen

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.

Unterschrift

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

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

Datum

IK der Pflegekasse,  
Stempel und  
Unterschrift