

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 _____
Straße, Wohnort _____
Pflegekasse _____
Versichertennummer _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- Verbrauch bestimmter 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 hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositionsnr.	Menge	Preis
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	50 Stk.	21,54 €
Fingerlinge	54.99.01.0001	100 Stk.	5,64 €
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	100 Stk.	7,18 €
Mundschutz	54.99.01.2001	50 Stk.	7,18 €
Schutzschürzen Einmalgebrauch	54.99.01.3001	100 Stk.	13,34 €
Schutzschürzen wiederverwendbar	54.99.01.3002	pro Stk.	25,65 €
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	500 ml	8,21 €
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	500 ml	6,16 €

- 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 Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnr.	Menge	Preis
Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar	51.40.01.4	pro Stk.	25,65 €

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

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 54 Beihilfeberechtigung
bis maximal der Hälfte 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