

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

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

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

(Telefon)

(Pflegekasse)

(Versichertennummer)

Ich beantrage die Kostenübernahme für

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs.2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigten 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	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch	<input checked="" type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input checked="" 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.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	2	51.40.01.4

- Lieferung durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (IK)
Ahorn-Apotheke, Schangstr. 1-3, 45259 Essen	Apotheken-IK: 304509353

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

Datum,
Unterschrift des/r Versicherten/
deren aes. Vertreter/Betreuer

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

IK der Pflegekasse

Datum,
Stempel/Unterschrift der Pflegekasse