

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

Antrag auf Kostenübernahme

---

Name, Vorname                      Geburtsdatum                      Pflegekasse, Versichertennummer

---

Anschrift

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG54) - bis max. des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis max. 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	<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

Ich beantrage die Kostenübernahme 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	Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	_____	51.40.01.4XXX

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, 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

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

---

Datum IK der Pflegekasse, Stempel, Unterschrift