

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)
Medizintechnik & Sanitätshaus Harald Kröger GmbH Hertzstraße 8 03238 Massen-NL	591200219

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
-------	----------------	-----------------------------------