

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR PFLEGEHILFSMITTEL

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:

Tag / Monat / Jahr

PFLEGEKASSE, VERSICHERTENNUMMER:

Straße, PLZ, Wohnort

ANSCHRIFT:

Ich beantrage die Kostenübernahme für (Zutreffendes bitte ankreuzen):

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

zutreffendes ankreuzen	zum verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
<input type="radio"/>	saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001
<input type="radio"/>	Fingerlinge	54.99.01.0001
<input type="radio"/>	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="radio"/>	Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="radio"/>	Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001
<input type="radio"/>	Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002
<input type="radio"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="radio"/>	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.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar	51.40.01.4 ????

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.



durch folgenden Leistungserbringer:

NAME & ANSCHRIFT:

Hildegardis Apotheke, Buddestr. 103, 47809 Krefeld; Tel. 02151-54 11 20

INSTITUTIONSKENNZEICHEN:

4805136

DATUM, UNTERSCHRIFT DES/DER VERSICHERTEN:

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (zutreffendes bitte ankreuzen):

- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 54 - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- PG 54 Beihilfeberechtigung - bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages

DATUM:

IK DER PFLEGEKASSE, STEMPEL UND UNTERSCHRIFT: