

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)

(Pflegekasse)

(Anschrift)

(Versichertennummer)

(Anschrift Pflegekasse)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

(Fax Pflegekasse)

- 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. Der monatliche Höchstbetrag gilt apothekenübergreifend.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffende 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
Einmallätzchen	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.4001
Partikelfiltrierende Halbmasken	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.5001
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.

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

- durch folgenden Leistungsbringer

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen(sofar bekannt)
Markt-Apotheke, Hauptstraße 1, 96120 Bischberg Tel.: 0951/61718, Fax: 0951/601292	308606496



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. Des Weiteren bin ich darüber aufgeklärt worden, dass ich bei Überschreiten des monatlichen Pauschalhöchstbetrags von 40,00 € Kosten, die der Apotheke von der Pflegekasse in Rechnung gestellt werden, selber tragen muss.

(Datum) _____ (Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

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)