

Antrag auf Kostenübernahme*

Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegemitteln. Antrag auf Kostenübernahme

Antragsteller |

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße

PLZ, Ort

Pflegekasse

Versichertennummer

Apotheke / Leistungserbringer |

Antwort bitte an folgende Adresse senden/faxen:

Institutionskennzeichen

Ich beantrage die Kostenübernahme für 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 hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Packungsinhalt	gewünschte Anzahl	werden benötigt	genehmigt ²⁾
saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	50 Stück		<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Fingerlinge	100 Stück		<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe Größe M	100 Stück		<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe Größe L	100 Stück		<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Mundschutz	50 Stück		<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schutzschürzen Einmalgebrauch	100 Stück		<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schutzschürzen wiederverwendbar	1 Stück		<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Händedesinfektionsmittel	500 ml		<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Flächendesinfektionsmittel	500 ml		<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (Produktgruppe PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10 v. H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel	Packungsinhalt	gewünschte Anzahl	werden benötigt	genehmigt ²⁾
saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	1 Stück		<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt.

Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Meine Daten dürfen für den Zweck und die Dauer der Leistungserbringung genutzt werden.

¹⁾ vom Antragsteller/Vertreter/Betreuer auszufüllen

²⁾ von der Pflegekasse auszufüllen

Genehmigungsvermerk:²⁾

- PG 54 bis € 40,00 monatlich
- PG 54 bis € 20,00 monatl. (Beihilfeberecht.)
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung (Beihilfeberecht.)
- PG 51 ohne Zuzahlung (Beihilfeberecht.)
- PG 51 mit Zuzahlung D PG 51 ohne Zuzahlung

Datum / Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. deren/dessen ges. Vertreter/Betreuer¹⁾

Datum, Stempel/Unterschrift der Pflegekasse²⁾
IK der Pflegekasse²⁾