AVDick
Apotheken-Verrechnungs- und Codierstelle

52FCFPSISTX3GXB6K01

Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Absatz 1 i.V.m. § 40 Absatz 2 SGB XI

Antrag auf Kostenübernahme

Mustermann, Anna	01.01.1940	AOK Rheinland-Pfalz, A000000001
(Name, Vorname)	(Geburtsdatum)	(Pflegekasse, Versichertennummer)

xxxxxxxxxx 1, 66892 Bruchmühlbach
(Anschrift: Straße, PLZ, Ort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

☒ Zum Verbrauch bestimmte Pflegemittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal 40,00 € / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 15,00 € monatlich.
Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Menge/ Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen: Benötigt werden: Ja	Nein	Anzahl/ Einheit	Nur von der Pflegekasse auszufüllen: genehmigt werden: Ja	Nein	Anzahl/ Einheit	Genehmigt bis
Saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch	50 Stück (21.54 €)	X		1				
Fingerlinge	100 Stück (5.64 €)	X		1				
Einmalhandschuhe	100 Stück (7.18 €)	X		1				
Mundschutz	50 Stück (7.18 €)	X		1				
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	100 Stück (13.34 €)	X		1				
Schutzschürzen - wiederverwendbar	pro Stück (25.65 €)	X		1				
Handedesinfektionsmittel	500 ml (8.21 €)	X		1				
Flächendesinfektionsmittel	500 ml (6.16 €)	X		1				

☒ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Absatz 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel	Menge/ Preis	Benötigt werden: Ja	Nein	Anzahl/ Einheit	genehmigt werden: Ja	Nein	Anzahl/ Einheit	Genehmigt bis
Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	pro Stück (26.16 €)	X		2				

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.

07.02.2019
(Datum und Unterschrift der / des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

☐ PG 54 zu 40,00 € monatlich
☐ PG 54 zu 40,00 € monatlich / Beihilfeberechtigung
☐ 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)

Download unter www.rezconnect.de