

**Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel**

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: \_\_\_\_\_ Versichertennr.: \_\_\_\_\_

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
Einmallätzchen	<input type="checkbox"/>	54.99.01.4000
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
Medizintechnik & Sanitätshaus Harald Kröger GmbH Hertzstraße 8, 03238 Massen - Niederlausitz	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.

Ort/ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (Patient/ Betreuer) \_\_\_\_\_

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfeberechtigung
- PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfeberechtigung
- 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)

Ort/ Datum \_\_\_\_\_ IK Pflegekasse \_\_\_\_\_ Stempel/ Unterschrift Pflegekasse \_\_\_\_\_