

Versorgung mit zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel



Antrag auf Kostenübernahme

Name:	Vorname:
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:
Geburtsdatum:	Telefon:
Pflegekasse:	Versicherten-Nr.:
IK-Nr. Pflegekasse:	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis max. 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.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Packungsinhalt	Wird benötigt	Anzahl	Pflegehilfsmittelpositionennummer
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	50 Stück	<input type="checkbox"/>		54.45.01.0001
Fingerlinge	100 Stück	<input type="checkbox"/>		54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	100 Stück	<input type="checkbox"/>		54.99.01.1001
Mundschutz	50 Stück	<input type="checkbox"/>		54.99.01.2001
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	1 Stück	<input type="checkbox"/>		54.99.01.3001
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	100 Stück	<input type="checkbox"/>		54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	500 ml	<input type="checkbox"/>		54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	500 ml	<input 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.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene	Wird benötigt	Anzahl	Pflegehilfsmittelpositionennummer
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	<input type="checkbox"/>		51.40.01.4

Durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen
Stop-Apotheke, Eckernförder Straße 48c, 24768 Rendsburg	+ 1316003 +

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. Ich bestätige mit meiner Unterschrift außerdem, dass ich zeitgleich keinen anderen Leistungserbringer/Lieferanten für diese Versorgung in Anspruch nehme.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. deren gesetzlichen Vertreter

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-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift