



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, Versichertennummer)

.....  
(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

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 hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel:	Menge/ Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen		Nur von der Pflegekasse auszufüllen			
		benötigt werden:		genehmigt werden:		Genehmigt bis	
		ja	nein	Anzahl/ Einheit	ja		nein
Saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch	50 Stck. €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fingerlinge	100 Stck. €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einmalhandschuhe	100 Stck. €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mundschutz	50 Stck. €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	100 Stck. €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schutzschürzen - wiederverwendbar	pro Stck. €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Händedesinfektionsmittel	500 ml €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Flächendesinfektionsmittel	500 ml €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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.

Artikel:	Menge/ Preis	benötigt werden:		Anzahl/ Einheit	genehmigt werden:		Anzahl/ Einheit	Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein		
saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	pro Stck. €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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.

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

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung                                  | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung                       |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 31,00 € monatlich                        | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter  |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 15,50 € monatlich / Beihilfeberechtigung | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

.....  
(Datum)

.....  
(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)