

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 | Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen | | Nur von der Pflegekasse auszufüllen |
|--|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| | Pflegehilfsmittelpositionsnummer | zutreffendes ankreuzen | Genehmigt bis |
| saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch | 54.45.01.0001 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Fingerlinge | 54.99.01.0001 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Einmalhandschuhe | 54.99.01.1001 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Mundschutz | 54.99.01.2001 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Schutzschürzen - Einmalgebrauch | 54.99.01.3001 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Schutzschürzen - wiederverwendbar | 54.99.01.3002 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Händedesinfektionsmittel | 54.99.02.0001 | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| Flächendesinfektionsmittel | 54.99.02.0002 | <input checked="" 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.

| benötigte Stückzahl | Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene | Pflegehilfsmittelpositionsnummer |
|---------------------|--|----------------------------------|
| | saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar | |

- durch folgenden Leistungserbringer:

| Name und Anschrift | Institutionskennzeichen (sofern bekannt) |
|---|--|
| Linden Apotheke am Krankenhaus Düren Schramm OHG ; Merzenicher Str. | 304108438 |

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)

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 der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)