

Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln
gem. § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

Antrag auf Kostenübernahme (Vom Versicherten oder bevollmächtigten Angehörigen/ Betreuer auszufüllen)

Versicherte/r

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

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

(Pflegekasse, Versichertennummer)

(Telefon)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG) 54 – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI (40,00 €) / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI (20,00 €). Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Menge/Preis	Zutreffendes bitte ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionennummer
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	50 Stück/21,54 €	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	100 Stück/5,64 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	100 Stück/7,18 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	50 Stück/7,18 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	100 Stück/13,34 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar	1 Stück/25,65 €	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	500 ml/8,21 €	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	500 ml/6,16 €	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

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

Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Körperhygiene	Menge/Preis	Pflegehilfsmittelpositionennummer
	Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	1 Stück/26,16 €	51.40.01.4

durch

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
Süd-Apotheke, Giesbertstr,1, 45731 Waltrop	303713883

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

Unterschrift des/r Versicherten oder deren/dessen Bevollmächtigten

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

Stempel/Unterschrift der Pflegekasse