

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflege-hilfsmitteln 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.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	X	54.45.01.0001
Fingerlinge	X	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	X	54.99.01.1001
Mundschutz	X	54.99.01.2001
FFP2 Masken	X	54.99.01.5001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	X	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	X	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	X	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	X	54.99.02.0002
Flächendesinfektionstücher	X	54.99.02.0004
Händedesinfektionstücher	X	54.99.02.0015

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	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer:

bitte	Name und Anschrift	Institutionskennzeichen
X		
	Bären-Apotheke, Schaumburgstr.4a, 45657 Recklinghausen	303734332
	Bären-Apotheke, Neustr. 1a, 59348 Lüdinghausen	303730292
	Bären-Apotheke, Neumarkt 3, 45711 Datteln	303734310
	Bären-Apotheke, Theodor-Heuss-Str. 2, 45699 Herten	303734321

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 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
 nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 54 Beihilfeberechtigung

bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages
 nach § 40 Abs. 2 SGB XI

.....
 (Datum)

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