

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR PFLEGEHILFSMITTEL

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§78 Abs.1 in Verbindung Abs. 2 SGB XI

PATIENT

Frau Herr

Tel.-Nr. _____

 Name/Vorname

 Anschrift (Straße/Hausnummer/PLZ/Ort)

 Geburtsdatum

 Pflegekasse

 Versichertennummer

Hiermit beantrage ich 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 hinaus gehende Kosten werden vom Versicherten getragen.

| Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel | Zutreffendes bitte ankreuzen | Pflegehilfsmittel-Nummer |
|--|------------------------------|--------------------------|
| Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) | <input type="checkbox"/> | 54.45.01.0001 |
| Fingerlinge | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.0001 |
| Einmalhandschuhe | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.1001 |
| Mundschutz | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.2001 |
| Schutzschürzen (Einmalgebrauch) | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.3001 |
| Schutzschürzen (Wiederverwendbar) | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.3002 |
| Hände-Desinfektion | <input type="checkbox"/> | 54.99.02.0001 |
| Flächen-Desinfektion | <input type="checkbox"/> | 54.99.02.0002 |

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

| Benötigte Stückzahl | Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene | Pflegehilfsmittel-Nummer |
|-------------------------|--|--------------------------|
| (max. 3 Stück pro Jahr) | Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar) | 51.40.01.04 |

Durch folgenden Leistungserbringer:

| Name und Anschrift | Institutionskennzeichen (IK) |
|--|------------------------------|
| COMBIMED – Rats-Apotheke, Rathausstraße 4, 59494 Soest | 303513051 |

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.

 Ort/Datum

 Unterschrift (Versicherter/Bevollmächtigter)

GENEHMIGUNGSVERMERK DER PFLEGEKASSE (von der Pflegekasse auszufüllen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung |
| | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

 Ort/Datum

 IK der Pflegekasse, Stempel, Unterschrift

