

## 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 \_\_\_\_\_

