

ANTRAG auf Kostenübernahme der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Absatz 1 i.V. m § 40 Absatz 2 SGB XI.



ANTRAG auf Kostenübernahme

Vor- und Zuname des Versicherten	Geburtsdatum
Anschrift: Straße, PLZ und Ort	Telefonnummer
E-Mail-Adresse des Versicherten	Pflegekasse
Versichertennummer	

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 40,- € monatlich wie nachstehend aufgeführt, bei Beihilfeberechtigung bis maximal 15,50 € monatlich: Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Menge / Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen		Nur von der Pflegekasse auszufüllen				
		benötigt werden:		Anzahl / Einheit	genehmigt werden:		Anzahl / Einheit	Genehmigt bis:
		Ja	Nein		Ja	Nein		
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	50 Stck./ (21,54 €)							
Fingerlinge	100 Stck./ (5,64 €)							
Einmalhandschuhe	100 Stck./ (7,18 €)							
Mundschutz	50 Stck./ (7,18 €)							
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	100 Stck./ (13,34 €)							
Schutzschürzen – wiederverwendbar	je Stck./ (25,65 €)							
Händedesinfektionsmittel	500 ml/ (8,21 €)							
Flächendesinfektionsmittel	500 ml/ (6,16 €)							

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (Produktgruppe 51): unter Abzug eines Eigenanteils von 10%, soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel	Menge	benötigt werden:		Anzahl / Einheit	genehmigt werden:		Anzahl / Einheit	Genehmigt bis:
		Ja	Nein		Ja	Nein		
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	je Stck./ (26,16 €)							

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.

Mein bevorzugter Lieferant ist:
 Goll & Schracke Massing
 Remscheid / Wipperfürth
IK-Nr.

 Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 40,- Euro monatlich | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 15,50 Euro monatlich / Beihilfeberechtigung | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigten |
| <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigten |

Datum

IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift