

# Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln

## Antrag auf Kostenübernahme\*



Versicherte/r | Pflegebedürftige/r

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_  
IK-Nummer der Versichertenkarte: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  1  2  3  4  5

Eine Zuzahlungsbefreiung  Ja (bitte Kopie mit dem Antrag einreichen) liegt vor?  Nein

### 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 hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Wird benötigt	Anzahl	Artikel	Packungs-inhalt	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
<input type="radio"/>	_____	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	25 Stück	54.45.01.0001
<input type="radio"/>	_____	Einmalhandschuhe (puderfrei) XS <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL <input type="radio"/>	100 Stück	54.99.01.1001
<input type="radio"/>	_____	Mundschutz (Einmalgebrauch)	50 Stück	54.99.01.2001
<input type="radio"/>	_____	Schutzschürzen (Einmalgebrauch, aus wasserabweisender Folie)	100 Stück	54.99.01.3001
<input type="radio"/>	_____	Händedesinfektionsmittel	500 ml	54.99.02.0001
<input type="radio"/>	_____	Flächendesinfektionsmittel	500 ml	54.99.02.0002

\_\_ Geben Sie hier bitte an, welches Pflegepaket Ihrer Auswahl entspricht (1–7)

- 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.

<input type="radio"/>	_____	Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4
-----------------------	-------	--	------------

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Meine Daten dürfen für den Zweck und Dauer der Leistungserbringung genutzt werden.

Abtretungserklärung/Nutzungsbedingungen (zur Abrechnung mit der Pflegekasse notwendig):

Hiermit trete ich als Antragsteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse

an \_\_\_\_\_ (siehe Stempelfeld) ab.

Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. deren ges. Vertreter

### 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)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

\* Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI