

# Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln  
gem. §78 Abs. 1 i.V.m. §40 Abs. 2 SGB XI

Bitte **NUR** die markierten Bereiche ausfüllen!

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Telefon
Pflegekasse	Versicherten-Nr.

## Ich beantrage die Kostenübernahme für

- ☐ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §440 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigten bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bitte ankreuzen	zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
<input type="checkbox"/>	saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/>	Hände-Desinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächen-Desinfektionsmittel	54.99.02.0002

- ☐ 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.

Stückzahl	zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 51)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
<input type="checkbox"/>	saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4

- ☐ Lieferung durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (IK)
SALUS Apotheke, Opalstraße 25, 84032 Altdorf	Apotheken-IK: 309007313

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege (und nicht für Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

Datum, Ort	Unterschrift des/r Versicherten/ deren ges. Vertreter/Betreuer
------------	--

## Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

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

IK der Pflegekasse

Datum, Stempel/Unterschrift der Pflegekasse