

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	Versichereten-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
	saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch	54.45.01.0001
	Fingerlinge	54.99.01.0001
	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
	Mundschutz	54.99.01.2001
	Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001
	Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002
	Hände-Desinfektionsmittel	54.99.02.0001
	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
	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)

- 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