

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
☐	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, Industriestraße 11, 84030 Ergolding	Apotheken-IK: 309006993

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 51 mit Zuzahlung |
| ☐ PG 54 Beihilfeberechtigung
bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung |
| | ☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

IK der Pflegekasse

Datum, Stempel/Unterschrift der Pflegekasse