

Antrag auf Kostenübernahme Pflegemittel

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit bestimmten Pflegehilfsmitteln
gem. § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nachname	Vorname:
<input type="text"/>	
Geburtsdatum:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße:	PLZ/Ort:
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon:	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pflegekasse	Versichertennummer

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 SGB XI.

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen, zum Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Händedesinfektion	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Flächen-Desinfektion	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Schutzschürzen, zum Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen, wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002

- 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.

Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	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 (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

Datum und Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

Name und Anschrift des Leistungserbringers

farma-plus Apotheke Lennestadt
Hundemstraße 43
57368 Lennestadt

Institutionskennzeichen (IK)

Genehmigungsvermerk

(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- PG54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG54 Beihilfeberechtigung bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG51 **mit** Zuzahlung
- PG51 **ohne** Zuzahlung
- PG51 **mit** Zuzahlung/Beihilfeberechtigung
- PG51 **ohne** Zuzahlung/Beihilfeberechtigung

Institutionskennzeichen der Pflegekasse, Stempel, Unterschrift

Datum