

Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Absatz 1 i. V. m. § 40 Absatz 2 SGB XI

Antrag auf Kostenübernahme

.....
(Name, Vorname) (Geburtsdatum) (Pflegekasse, Versichertennummer)

.....
(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal 31,00 € / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 15,50 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel:	Menge/ Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen		Anzahl/ Einheit	Nur von der Pflegekasse auszufüllen		Genehmigt bis
		benötigt werden:			genehmigt werden:		
		ja	nein		ja	nein	
saugende Bettschutzeinlagen- Einmalgebrauch	25 St.: €10,75 30 St.: €12,90 50 St.: €21,50 60 St.: €25,80 72 St.: €31,00						
Fingerlinge	100 Stck. (5,64€)						
Einmalhandschuhe	100 Stck. (7,18€)						
Mundschutz	50 Stck. (7,18€)						
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	100 Stck. (13,00€)						
Schutzschürzen - wiederverwendbar	pro Stck. (25,65€)						
Händedesinfektions- mittel	500 ml (8,21€)						
Flächendesinfektions- mittel	500 ml (6,16€)						

- 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.

Artikel:	Menge/ Preis	benötigt werden:		Anzahl/ Einheit	genehmigt werden:		Genehmigt bis
		benötigt werden:			genehmigt werden:		
		ja	nein		ja	nein	
saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	pro Stck. (25,50 €)						

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.



.....
(Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis zu 31,00 € monatlich
 PG 54 bis zu 15,50 € monatlich / Beihilfeberechtigung
- 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)