

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Versicherte/r | Pflegebedürftige/r

Name:	Vorname:
Straße, NR:	PLZ, Ort:
Geburtsdatum:	Telefon:
Pflegekasse:	Versicherungsnummer:
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Zahlungsbefreit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis max. 40 € monatlich / bei Beihilfeanspruch bis max. 20 € monatlich

Artikel	Packungs- inhalt	Gewünschte Anzahl	Wird benötigt	Preise	Pflegehilfsmittelposi- tions- nummer
Saugende Bettschutzeinlagen	50 Stück			25 €	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe Größe: <input type="text"/>	100 Stück			7 €	54.99.01.1001
FFP2 Masken	10 Stück			10 €	
Mundschutz	50 Stück			7 €	54.99.01.2001
Schutzschürzen lang 140cm	100 Stück			12 €	54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel	500 ml			8 €	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	500 ml			7 €	54.99.02.0002

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10%, soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel	Packung sinhalt	Wird benötigt	Pflegehilfsmittelposi- tions- nummer
Saugende Bettschutzeinlage (wiederverwendbar)	2 Stück		51.40.01.4

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Meine Daten dürfen für den Zweck und Dauer der Leistungserbringung genutzt werden.

**Abtretungserklärung/Nutzungsbedingungen (zur Abrechnung mit der Pflegekasse notwendig):
Hiermit trete ich als Antragsteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse**

an _____ (siehe Stempelfeld) ab.

Datum und Unterschrift der / des Versicherten bzw. deren ges. Vertreter

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung
<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung
<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung
bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

Datum

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)