

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

Antrag auf Kostenübernahme

(Name, Vorname) (Geburtsdatum)

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:
zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG4) 54 – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Pflege-HiMi-Nr.	Menge/ Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen		Anzahl/ Einheit:
			benötigt werden:		
			ja	nein	
saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	54.45.01.0001	50Stck. (21,54 EUR)			
Fingerlinge	54.99.01.0001	100 Stck. (5,64 EUR)			
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	100 Stck. (7,18 EUR)			
Mundschutz	54.99.01.2001	50 Stck. (7,18 EUR)			
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	100 Stck. (13,34 EUR)			
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	pro Stck. (25,65 EUR)			
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	500 ml (8,21 EUR)			
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	500 ml (6,16 EUR)			

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene(PG51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGBXI vorliegt.

Artikel	Menge / Preis	benötigt werden:		Anzahl Einheit	
		ja	nein		
		saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4		pro Stck. (26,16 EUR)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

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

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 40,00 € monatlich | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 20,00 € monatlich / Beihilfeberechtigung | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter |
| <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter |

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)