

Antrag auf Kostenübernahme

.....
Name, Vorname

.....
Geburtsdatum

.....
Versicherungsnummer

.....
Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort

Ich beantrage die Kostenübernahme:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 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 hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input type="radio"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="radio"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="radio"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="radio"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	<input type="radio"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar	<input type="radio"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="radio"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="radio"/>	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.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4

- durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
Sanitätshaus Orthopädietechnik Riese GmbH Gutenbergstr. 22–24, 53332 Bornheim	3305 32 332

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.

.....
Ort/Datum/Unterschrift des Versicherten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

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

.....
Datum

.....
IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift