

Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln



Versicherte/r | Pflegebedürftige/r

Name Vorname

Straße mit Hausnummer

Postleitzahl Wohnort

Geburtsdatum

Pflegekasse Versichertennummer

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal 40,- € nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,- € nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	ankreuzen	Pflegehilfsmittel-Positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 %, soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel	benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel-Positionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	<input type="text"/>	51.40.01.4

Durch folgenden Leistungserbringer: Sanitätshaus Kienzle, Sählingstraße 16, 57319 Bad Berleburg

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.

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis 40,- € monatlich (§ 40 Abs. 2 SGB XI)
- PG 54 bis 20,- € monatlich (§ 40 Abs. 2 SGB XI)
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigte(r)
- PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigte(r)

IK der Pflegekasse: _____

Datum, Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Datum, Stempel und Unterschrift der Pflegekasse