

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI

Antrag auf Kostenübernahme

Name	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Anschrift	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>		
Pflegekasse	<input type="text"/>	Versicherten-Nr.	<input type="text"/>

Ich beantrage die Kostenübernahme für 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	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
<input type="checkbox"/> saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/> Fingerlinge	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/> Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/> Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/> Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/> Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/> Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002

Ich beantrage die Kostenübernahme für 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.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ -hygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
<input type="checkbox"/> Stück - saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	51.40.01.4

Leistungserbringer

Viereck Apotheke, Wiltbergstraße 25, 13125 Berlin - IK-Nr. 9520587

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	<input checked="" type="text"/>	Unterschrift
------------	---------------------------------	--------------

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