

**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, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

 .....  
 (Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

**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	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
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	<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 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)

**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.**

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

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

- 
- PG 54

 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages  
 nach § 40 Abs. 2 SGB XI

- 
- PG 54 Beihilfeberechtigung

 bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages  
 nach § 40 Abs. 2 SGB XI

- 
- PG 51 mit Zuzahlung
- 
- 
- PG 51 ohne Zuzahlung
- 
- 
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- 
- 
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

 .....  
 (Datum)

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