

Antrag auf Kostenübernahme

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI (analog Anlage 4)



Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

<input type="checkbox"/> HERR <input type="checkbox"/> FRAU	VORNAME :«vorname»	NAME :«nachname»
STRASSE / NR. «strasse»:		PLZ / ORT :«plz» «ort»
GEB. DATUM :«datum»	KD. - NR. :«nummer»	PFLEGEGRAD : <input type="checkbox"/> KEIN <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
TELEFON :«telefon»		E-MAIL:
PFLEGEKASSE «pflkname»		VERSICHERTEN - NR. :«vnum»

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel – Produktgruppe 54 – bis maximal 40,00 € monatlich (bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 €).

VEBRAUCHSMITTEL (PG 54)	ZUTREFFENDES ANKREUZEN	PFLEGEHILF SMITTEL - POSITIONSNUMMER	wird von der Pflegekasse ausgefüllt	
			GENEHMIG T	NICHT GENEHMIG T
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe GRÖSSE: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmal-Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmallätzchen	<input type="checkbox"/>	54.99.01.4XXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektion	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wiederverwendbare Krankenunterlagen (PG 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

VEBRAUCHSMITTEL (PG 51) (zusätzlich zu den 40 € können jährlich bis zu 4 waschbare Bettschutzeinlagen beantragt werden)	STÜCK (Anzahl eintragen)	PFLEGEHILF SMITTEL - POSITIONSNUMMER	wird von der Pflegekasse ausgefüllt	
			GENEHMIG T	NICHT GENEHMIG T
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)		51.40.01.4XXX	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich beauftrage das Schröder Orthopädie und Rehathechnik GmbH & Co. KG mit der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. 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

UNTERSCHRIFT DES VERSICHERTEN BZW. DES GESETZLICHEN VERTRETERS / BETREUER

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis 40 € monatl.
 PG 54 bis 20 € monatl.
 PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte

DATUM

STEMPEL / UNTERSCHRIFT DER PFLEGEKASSE