

Antrag auf Kostenübernahme

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



IK: 330811056

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Vorname, Name:	
Strasse:	PLZ, Ort:
Geb. Datum:	Telefon:
KK	KV

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

<input checked="" type="checkbox"/>	zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI.
-------------------------------------	---

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input checked="" type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen (Wiederverwendbar)	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektion	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektion	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.02.0002

<input checked="" type="checkbox"/>	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

Ich beauftrage das Sanitätshaus Schad 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 gesetzl. Vertreters/Betreuer

X

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PG 54
Bis maximal des monatl. Höchstbetrags 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 Beihilfeberechtigung
Bis maximal des monatl. Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

Datum

(IK der Pflegekasse, Stempel, Unterschrift)