

Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. §78 Abs 1 i.V. m. §40 Abs. 2 SGB XI

Antrag auf Kostenübernahme

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:
zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG4) 54 – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

| Artikel | Pflege-HiMi-Nr. | Menge/ Preis | Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen | | Anzahl/ Einheit: |
|--|-----------------|--------------------------|---------------------------------------|------|---------------------|
| | | | benötigt werden: | | |
| | | | ja | nein | |
| saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch | 54.45.01.0001 | 50Stck. (21,54 EUR) | | | |
| Fingerlinge | 54.99.01.0001 | 100 Stck. (5,64 EUR) | | | |
| Einmalhandschuhe | 54.99.01.1001 | 100 Stck. (7,18 EUR) | | | |
| Mundschutz | 54.99.01.2001 | 50 Stck. (7,18 EUR) | | | |
| Schutzschürzen – Einmalgebrauch | 54.99.01.3001 | 100 Stck. (13,34 EUR) | | | |
| Schutzschürzen – wiederverwendbar | 54.99.01.3002 | pro Stck. (25,65 EUR) | | | |
| Händedesinfektions- mittel | 54.99.02.0001 | 500 ml (8,21 EUR) | | | |
| Flächendesinfektions- mittel | 54.99.02.0002 | 500 ml (6,16 EUR) | | | |

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene(PG51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGBXI vorliegt.

| Artikel | Menge / Preis | benötigt werden: | | Anzahl Einheit | |
|---------|---------------|--|------------|-------------------|--------------------------|
| | | ja | nein | | |
| | | saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar | 51.40.01.4 | | pro Stck. (26,16 EUR) |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

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

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis zu 40,00 € monatlich
 PG 54 bis zu 20,00 € monatlich / Beihilferechtigung
 PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung / Beihilferechtiger
 PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilferechtiger

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)