



Antrag auf Kostenübernahme

Anlage 4

Name | Vorname

Pflegekasse | Versichertennummer

Anschrift | Straße, PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

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

Pflegehilfsmittelpositionen-Nummer

Saugende Bettschutzeinlagen | Einmalgebrauch

54.45.01.0001

Fingerlinge

54.99.01.0001

Einmalhandschuhe

54.99.01.1001

Mundschutz

54.99.01.2001

Schutzschürze | Einmalgebrauch

54.99.01.3001

Schutzschürzen | wiederverwendbar

54.99.01.3002

Handdesinfektionsmittel

54.99.02.0001

Flächendesinfektionsmittel

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.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittelpositionen-Nummer

Saugende Bettschutzeinlagen | wiederverwendbar

54.40.01.4_ _ _

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 | der Versicherten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse:

- PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 54 Beihilfsberechtigung bis maximal der Hälfte des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

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

Datum und IK der Pflegekasse

Stempel und Unterschrift

