

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Frau Herr | Vorname _____ Nachname _____

Straße, Nr. _____ PLZ, Ort _____

Geb.-Datum _____ Pflegegrad vorhanden ja nein

Telefon _____ E-Mail _____

Pflegekasse _____ Versicherten-Nr. _____

Antrag auf Kostenübernahme

- für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI/ Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (PG 54)

Artikel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen, wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Schutzlätzchen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.4
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001

- für Pflegehilfsmittel unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Körperpflege / Körperhygiene (PG 51)

Artikel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Bettschutzaufgabe, waschbar	<input type="checkbox"/>	51.40.01.4

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich stimme zu, dass die unten genannte Firma meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Lieferung o.g. Pflegehilfsmittel, der Kostenübernahme sowie der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse erheben und nutzen darf. Bitte hinterlegen Sie die unten genannte Firma mit Eingang diesen Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene, andere Lieferanten. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

bitte unterschreiben

Ort _____ Datum _____ Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages
- PG 54 Beihilfenberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages Datum _____
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter (IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift) _____



Wir leben Apotheken
Elbuberstraße 86a | 21436 Marschacht
IK Nummer: 2301417