

# Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Vertrag zur Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 2 SGB XI

## Name der / des Versicherten / Pflegebedürftigen

Frau  Herr

Vorname: .....

Nachname: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Straße, Nr.: .....

PLZ, Ort: .....

Pflegekasse: .....

Versichertennummer: .....

Pflegegrad:  1  2  3  4  5

Geburtsdatum: .....

## Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI (42,00 €) / bei Beihilfeberechtigung bis maximal die Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Alle darüber hinaus entstehenden Kosten werden von mir selbst getragen.

Benötigte Artikel ankreuzen	Artikel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
<input type="checkbox"/>	saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug des 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____

- durch folgenden Leistungserbringer:

<b>Name und Anschrift</b> tk pharma trade Handelsgesellschaft mbH Hansastraße 15, 49205 Hasbergen	<b>Institutionskennzeichen</b> IK 330342092
---	--

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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters

## Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- PG 54 bis 42 € monatlich  PG 54 bis 21 € monatlich  PG 51 mit Zuzahlung  
 PG 51 ohne Zuzahlung  PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigte(r)  PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigte(r)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
IK-Nr. der Pflegekasse

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift