

# Antrag auf Kostenübernahme

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

## Adresse des Versicherten (vom Versicherten oder dem bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Frau  Herr Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Pflegegrad:  1  2  3  4  5

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Vers. Nr.: \_\_\_\_\_ Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name, Anschrift und Telefon): \_\_\_\_\_

### Ich beantrage die Kostenübernahme für:

<input type="checkbox"/> <b>zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel- Produktgruppe (PG) 54</b>							
- 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 hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.							
Artikel der Produktgruppe (PG) 54	Menge/ Preis	vom Versicherten auszufüllen			von der Pflegekasse auszufüllen		
		benötigt werden:		Anzahl/ Einheit	genehmigt werden:		Anzahl/ Einheit
		ja	nein		ja	nein	
saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch HiMi Nr. : 54.45.01.0001	50 Stck. (21,54 €)						
Fingerlinge HiMi Nr. : 54.99.01.0001	100 Stck. (5,64 €)						
Einmalhandschuhe HiMi Nr. : 54.99.01.1001	100 Stck. (7,18 €)						
Mundschutz HiMi Nr. : 54.99.01.2001	50 Stck. (7,18 €)						
Schutzschürzen - Einmalgebrauch HiMi Nr. : 54.99.01.3001	100 Stck. (13,34 €)						
Schutzschürzen - wiederverwendbar HiMi Nr. : 54.99.01.3002	pro Stck. (25,65 €)						
Händedesinfektionsmittel HiMi Nr. : 54.99.02.0001	500 ml (8,21 €)						
Flächendesinfektionsmittel HiMi Nr. : 54.99.02.0002	500 ml (6,16 €)						
Esslätzchen mit Auffangtasche HiMi Nr.: 54.00.99.9999	50 Stck. (4,90 €)						
<input type="checkbox"/> <b>Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51)</b>							
unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.							
saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar HiMi Nr. : 51.40.01.4	pro Stck. (26,16 €)						

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse:

PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI


PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfsberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfsberechtigter



\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des/r Pflegebedürftigen/deren ges. Vertreter/Betreuer

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, Stempel/Unterschrift der Pflegekasse

# Unsere Pflegepakete

Schnell- Einfach- Individuell

1

## Adresse des Bestellers (falls vom Versicherten abweichend)

Funktion / Verwandtschaftsgrad:

Frau  Herr Vorname:

Nachname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

2

## Lieferadresse (falls vom Versicherten abweichend)

Versichertenadresse

Bestelleradresse

Pflegedienstadresse

sonstige Lieferadresse

Adresse des Pflegedienstes:

Funktion:

Frau  Herr Vorname:

Nachname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

3

## Bitte Wählen Sie sich Ihr individuelles Pflegepaket aus!

### Pflegepaket 1

50 Stk. Einmalbettschutzauflagen  
200 Stk. Einmalhandschuhe  
250 ml Flächendesinfektion

### Pflegepaket 2

25 Stk. Einmalbettschutzauflagen  
200 Stk. Einmalhandschuhe  
500 ml Händedesinfektion  
500 ml Flächendesinfektion

### Pflegepaket 3

50 Stk. Einmalbettschutzauflagen  
100 Stk. Einmalhandschuhe  
500 ml Händedesinfektion

### Pflegepaket 4

25 Stk. Einmalbettschutzauflagen  
100 Stk. Einmalhandschuhe  
500 ml Händedesinfektion  
500 ml Flächendesinfektion  
100 Stk. Mundschutz

### Pflegepaket 5

75 Stk. Einmalbettschutzauflagen  
500 ml Flächendesinfektion

### Pflegepaket 6

75 Stk. Einmalbettschutzauflagen  
100 Stk. Einmalhandschuhe

4

## Bitte wählen Sie die Handschuhgröße

S  M  L  XL

5

## Bitte wählen Sie das Material des Handschuhs

Vinyl  Nitril

6

Datum/ Unterschrift