

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

Antrag auf Kostenübernahme

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages (40€) nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages (20€) nach § 40 Abs. 2 SGB XI.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	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.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4

- Durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift	Institutskennzeichen
Heil & Hilfsmittel für die Hauskrankenpflege Heike Robbert Bernsdorfer Straße 291 09125 Chemnitz	331 401 029

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 der / des Versicherten / Bevollmächtigten)

Genehmigungsvermerk der Krankenkasse

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG54 bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung |
| | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter |
| | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter |

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Hinweise zum Ausfüllen der Vorderseite

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

Antrag auf Kostenübernahme

Bitte tragen Sie hier Ihre Kontaktdaten ein.

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages (40€) nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages (20€) nach § 40 Abs. 2 SGB XI.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

Bitte wählen Sie hier alle Artikel aus, die für Sie in Frage kommen oder kommen könnten.

- 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.

Wählen Sie diese Option aus, wenn Sie zusätzlich waschbare Bettschutzeinlagen beantragen möchten. Die Entscheidung über die Genehmigung unterliegt der Pflegekasse.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar
	51.40.01.4

- Durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift	Institutskennzeichen
Heil & Hilfsmittel für die Hauskrankenpflege Heike Robbert Bernsdorfer Straße 291 09125 Chemnitz	331 401 029

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.

Bitte die Unterschrift nicht vergessen.

(Datum)

(Unterschrift der / des Versicherten / Bevollmächtigten)

Genehmigungsvermerk der Krankenkasse

- PG54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG54 bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

Diesen Bereich braucht die Pflegekasse für die Genehmigung. Bitte nichts eintragen.

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)