

## Antrag auf Kostenübernahme

(Vom Versicherten oder bevollmächtigten Angehörigen/Betreuer auszufüllen)

### 1 Versicherte/r

Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
Straße, Nr.:		PLZ, Ort:	
Pflegekasse, Versichertennummer:		Telefon:	

### 2 Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG) 54 – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI (40,00 €) / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI (20,00 €). Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Bitte ankreuzen
Saugende Bettschutzeinlage <i>Einmalgebrauch</i>	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 <i>Einmalgebrauch</i>	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen <i>wiederverwendbar</i>	54.99.01.3002	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/>
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/>

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung 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 <i>wiederverwendbar</i>	51.40.01.4

durch den folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
Sanitätshaus Schütt & Jahn, Heideland Süd 7, 24976 Handewitt/Weding	330104345

### 3 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/r Versicherten oder deren/dessen Bevollmächtigtem/er

#### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54  
*(bis maximal des monatlichen Höchstbeitrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI)*
- PG 54 Beihilfeberechtigung  
*(bis maximal des monatlichen Höchstbeitrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI)*

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

Datum

Stempel/Unterschrift der Pflegekasse