

**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 nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

| 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 | Institutionskennzeichen (sofern bekannt) |
|--------------------|--|
|                    |  |

**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 und Unterschrift der/des Versicherten)

**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/Beihilfeberechtigter

- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

.....  
(Datum)

.....  
(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)