

Antrag auf Kostenübernahme

.....
 (Name, Vorname)

.....
 (Geburtsdatum)

.....
 (Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

.....
 (Pflegekasse, Versichertennummer)

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG) 54 – bis maximal 40,00 € / bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.							
		Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen			Nur von der Pflegekasse auszufüllen		
Artikel	Menge / Preis	Benötigt werden:		Anzahl / Einheit	genehmigt werden:		Anzahl / Einheit
		Ja	Nein		Ja	Nein	
Saugende Bettschutz- einlagen – Einmalgebrauch	50 Stck. (21,54 €)						
Fingerlinge	100 Stck. (5,64 €)						
Einmalhandschuhe	100 Stck. (7,18 €)						
Mundschutz	50 Stck. (7,18 €)						
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	100 Stck. (13,34 €)						
Schutzschürzen – wiederverwendbar	Pro Stck. (25,65 €)						
Händedesinfektionsmittel	500 ml (8,21 €)						
Flächendesinfektionsmittel	500 ml (6,16 €)						
Ich beantrage die Kostenübernahme für 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.							
Saugende Bettschutz- einlagen – wiederverwendbar	Pro Stck. (26,16 €)						

Hiermit wird bestätigt, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

PG 54 bis zu 40,00 € monatlich
 PG 54 bis zu 20,00 € monatlich
 PG 51 mit Eigenanteil
 PG 51 ohne Eigenanteil

.....
 IK der Pflegekasse

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

.....
 Datum,
 Stempel/Unterschrift der Pflegekasse