

Antrag auf Kostenübernahme

(Patient)

(Geburtsdatum) (Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift des Patienten)

Ich beantrage 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.

Artikel:	Menge/ Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen		Anzahl/ Einheit	Nur von der Pflegekasse auszufüllen		Genehmigt bis
		benötigt werden:			Genehmigt werden:		
		ja	nein		ja	nein	
Saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch -	50 Stck.						
Fingerlinge	100 Stck.						
Einmalhandschuhe	100 Stck.						
Mundschutz	50 Stck.						
Schutzschürzen - Einmalgebrauch -	100 Stck.						
Schutzschürzen - wiederverwendbar -	pro Stck.						
Händedesinfektionsmittel	500ml						
Flächendesinfektionsmittel	500ml						

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel:	Menge/ Preis	benötigt werden:		Anzahl/ Einheit	Genehmigt werden:		Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein	
Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar -	pro Stck.						

- durch folgenden Leistungserbringer:

Stadt-Apotheke, Hauptstraße 37, 99706 Sondershausen

305900670

(Name und Anschrift)

(Institutionskennzeichen)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.

.....
(Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54 bis zu 40,00 € monatlich

PG 54 bis zu 20,00 € monatlich / Beihilfeberechtigung

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)