

Antrag auf Kostenübernahme für

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Pflegekasse _____

Versicherten-Nr. _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis max. 40,00 €/bei Beihilfeberechtigung bis max. 15,50 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Menge/ Preis	nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen			nur von der Pflegekasse auszufüllen			
		benötigt werden		Anzahl/ Einheit	genehmigt werden		Anzahl/ Einheit	genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein		
saugende Bettschutzeinlagen – 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 Stück 25,65 €							
Händedesinfektionsmittel	500 ml 8,21 €							
Flächendesinfektionsmittel	500 ml 6,16 €							

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG51) unter Abzug eines 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		Anzahl/ Einheit	genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein		
saugende Bettschutz- einlagen wieder- verwendbar	pro Stck. 26,16€							

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 _____

Genehmigungserklärung der Pflegekasse

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 40,00 € | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 15,50 € monatl./
Beihilfeberechtigung | <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 _____