



Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI - Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch

### Antrag auf Kostenübernahme

Vorname: \_\_\_\_\_ Kostenträger: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Pflegekasse: \_\_\_\_\_

**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.

**Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionssnummer
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001
Fingerlinge	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
Mundschutz	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wieder verwendbar	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung vorliegt

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene	Positionssnummer
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	54.45.01.4

**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

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>PG 54</b><br>bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI                                 | <input type="checkbox"/> <b>PG 51 mit Zuzahlung</b>                       |
| <input type="checkbox"/> <b>PG 54 Beihilfeberechtigung</b><br>bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbeitrages nach § 40 Abs 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> <b>PG 51 ohne Zuzahlung</b>                      |
|   | <input type="checkbox"/> <b>PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter</b>  |
|   | <input type="checkbox"/> <b>PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter</b> |

-----  
 (Datum)

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

