



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**

- PG 54**  
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 54 Beihilfeberechtigung**  
bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbeitrages 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)