

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

Antrag auf Kostenübernahme

(Name, Vorname) (Geburtsdatum) (Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

Ich beantrage die Kostenübernahme

- für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §50 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	Zutreffendes Ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

- 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.

Benötigte Stückzahl	Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	51.40.01.4085

- durch folgenden Leistungserbringer: **Cama Medical, Mühlweg 33, 35606 Solms (IK-330652588)**

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"/> PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI
<input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung
<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)