



Antrag auf Kostenübernahme

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Name, Vorname)	(Geburtsdatum)	(Pflegekasse, Versicherungsnummer)
<input type="text"/>		<input type="text"/>
(Anschrift: Straße und Nr., PLZ, Wohnort)		(Telefon)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

Zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG54)– bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs.2 SGB XI bei Beihilfeberechtigten bis maximal die Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs.2 SGB XI.
Darüber hinausgehende Kosten werden selbst getragen.

Bitte benötigte Artikel ankreuzen

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.03.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001

Pflegemittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz5 SGB XI vorliegt.

benötigte Stückzahl	Pflegemittel zur Körperpflege/ Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4

durch folgende Leistungserbringer:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Name und Anschrift)	(Institutionskennzeichen)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Datum)	(Unterschrift der/ des Versicherten)

X

– Dieser Teil wird von der Pflegeversicherung ausgefüllt –

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

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

(Antragsdatum)

(Unterschrift)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)