

Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

Antrag auf Kostenübernahme (Vom Versicherten oder bevollmächtigten Angehörigen / Betreuer auszufüllen)
Versicherte/r



(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Anschrift: Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

(Telefon)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel- Produktgruppe (PG) 54 – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI (40,00 Euro) / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI (20,00 Euro). Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Menge/Preis	Zutreffendes bitte ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	25 Stück/10,77€	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	50 Stück/21,54€	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	100 Stück/5,64€	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	100 Stück/7,18€	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	50 Stück/7,18€	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	100 Stück/13,34€	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	1 Stück/25,00€	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	500 ml/8,21€	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	500 ml/6,16€	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Menge/Preis	Pflegehilfsmittel-Positionsnummer
	Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	1 Stück/25,50€	51.40.01.4900

Durch folgenden Leistungserbringer:

Name: Anima GmbH. Anschrift: Im Spähenfelde 51 in 44143 Dortmund. Institutionskennzeichen 330504463

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

Unterschrift des/r Versicherten oder deren/dessen Bevollmächtigtem/er

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 Höchstbetrages 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

Stempel/Unterschrift der Pflegekasse