

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		Anschrift	
PLZ, Ort			
Pflegekasse		Vers.-Nr.	
Ich beantrage die Kostenübernahme für: <input type="checkbox"/> 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 XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.			
zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	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	
<input type="checkbox"/> 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	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ -hygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	
	saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	51.40.01.4	
Leistungserbringer: <input type="checkbox"/> Witzleben Apotheke 24 Kaiserdamm 24 14057 Berlin IK-Nr. 9501506 <input type="checkbox"/> Witzleben Apotheke 26 Kaiserdamm 26 14057 Berlin IK-Nr. 9513258 <input type="checkbox"/> Witzleben Apotheke 26 Homecare Abteilung Kaiserdamm 26 14057 Berlin IK-Nr. 9520348			
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.			
 Ort, Datum Unterschrift			
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 51 ohne 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 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter	