

**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 – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI (40,00€)/ 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	Menge/Preis	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	50 Stk.(21,54€)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	100 Stk (5,64€)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	100 Stk (7,18€)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	50 Stk (7,18€)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	100 Stk (13,34€)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar	Pro Stk (25,65€)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	500ml (8,21€)	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	500ml (6,16€)	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

- 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	Menge/Preis	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	Stk (26,16€)	saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4

- durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)

**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 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)

.....  
(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)