

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 _____

Hausarzt _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG54) – bis maximal 40,00 € (mtl. Höchstbetrag nach §§ 40 Abs. 2 SGB XI) / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 €. Darüberhinausgehende Kosten werde ich selbst tragen.

Artikel	Menge / Preis	Vom Pflegebedürftigen auszufüllen:		Hilfsmittel-Nr.	Von der Pflegekasse auszufüllen:		Anzahl / Einheit	genehmigt bis
		benötigt werden			genehmigt werden			
		JA	NEIN		JA	NEIN		
saug. Bettschutzeinlagen / Einmalgebrauch	50 Stck / 21,54 €			54.45.01.0001				
Fingerlinge	100 Stck / 5,64 €			54.99.01.0001				
Einmalhandschuhe Latex / Vinyl	100 Stck / 7,18 €			54.99.01.1001				
Mundschutz	50 Stck / 7,18 €			54.99.01.2001				
Schutzschürzen / Einmalgebrauch	100 Stck / 13,34 €			54.99.01.3001				
Schutzschürzen / wiederverwendbar	pro Stck / 25,65 €			54.99.01.3002				
Händedesinfektionsmittel	500 ml / 8,21 €			54.99.02.0001				
Flächendesinfektionsmittel	500 ml / 6,16 €			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.

Artikel	Menge / Preis	benötigt werden		Hilfsmittel-Nr.	Anzahl / Einheit im Jahr	genehmigt werden		Anzahl / Einheit	genehmigt bis
		JA	NEIN			JA	NEIN		
saug. Bettschutzeinlagen / wiederverwendbar	pro Stck / 26,16 €			54.40.01.4084					

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege zu verwenden.



Datum _____ Unterschrift der / des Versicherten bzw. Bevollmächtigten _____

SANITÄTSHAUS NORDlicht GmbH
 Fachhandel für Medizin- & Reha-technik
 Saarstraße 2, 16928 Pritzwalk
 Tel. 03395/75 49 70
 Fax 03395/75 49 777

IK: 331206000

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 40,00 € monatlich | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 20,00 € monatlich / Beihilfeberechtigung | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter |
| <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter |

Datum _____ IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift _____