

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 Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel – Produktgruppen (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI/Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input checked="" type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input checked="" 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	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
2 - 3	saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4

durch folgende 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 Höchstpreises
 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)

**Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten
Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Absatz 1 i.V.m. § 40 Absatz 2 SGB XI**

Erklärung zum Erhalt eines Pflegehilfsmittels:

.....
(Name der Pflegekasse)

.....
(IK der Pflegekasse)

.....
(Anschrift und Telefonnummer der Pflegekasse)

.....
(Name, Anschrift und Telefonnummer des Versicherten, ggf. eines Ansprechpartners)

.....
(Krankenversicherungsnummer bzw. Pflegeversicherungsnummer)

.....
(Name des Leistungserbringers)

.....
(IK des Leistungserbringers)

.....
(Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringers)

Der zuvor genannte Leistungserbringer hat mir heute im augenscheinlich hygienischen und einwandfreiem Zustand nachfolgend aufgeführte zum Verbrauch von Pflegehilfsmittel übergeben sowie mich – soweit erforderlich- in den Gebrauch des Hilfsmittels eingewiesen.

Artikel (PG 54)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Anzahl	Gesamtpreis (€)
saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	54.45.01.0001		
Fingerlinge	54.99.01.0001		
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001		
Mundschutz	54.99.01.2001		
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001		
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002		
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001		
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002		

saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)		
Eigenanteil von 10 v.H. für wiederverwendbare saugende Bettschutzeinlagen der PG 51:			

Ich darf die überlassenen Pflegehilfsmittel keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüberhinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen. Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten.

.....
(Datum und Unterschrift)