**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 |  □ | 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 |

□ 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 51 mit Zuzahlung

 □ PG 51 ohne Zuzahlung

□ PG 54 □ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

bis maximal des monatlichen Höchstpreises □ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

nach § 40 Abs. 2 SGB XI

□ PG 54 Beihilfeberechtigung

Bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages

Nach § 40 Abs. 2 SGB XI

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (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)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………(Krankenversichertennummer bzw. Pflegeversichertennummer)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….(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)** | **Pflegehilfsmittelpositions-****nummer** | **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, übereigenen 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)