

**Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel**

 Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten  
 Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI

(Name, Vorname) \_\_\_\_\_ (Geburtsdatum) \_\_\_\_\_

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort) \_\_\_\_\_ (Telefon) \_\_\_\_\_

(Pflegekasse) \_\_\_\_\_ (Versichertennummer) \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Kostenübernahme für:**

- 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 hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
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

- 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.**

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene	benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	<input type="checkbox"/>	51.40.01.4

- durch folgenden Leistungserbringer**

Name und Anschrift	Institutskennzeichen (IK)
Adler-Apotheke, Bluthsluster Str. 35, 17389 Anklam	Apotheken-IK: 300400388

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.**

(Datum und Unterschrift der / des Versicherten/deren ges. Vertreter/Betreuer) \_\_\_\_\_

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54<br>bis maximal des monatlichen Höchstbetrages<br>nach § 40 Abs. 2 SGB XI                                 | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung<br><input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung<br><input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung<br>bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages<br>nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter   |

(IK der Pflegekasse) \_\_\_\_\_ (Datum, Stempel/Unterschrift der Pflegekasse) \_\_\_\_\_