

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

Antrag auf Kostenübernahme für das Jahr

 (Name, Vorname) (Geburtsdatum) (Pflegekasse) (Versichertennummer)

 (Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel- Produktgruppen (PG 54) - bis maximal 40,00 € / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutz Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
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.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4

- durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
Kühlmuss & Grabbe GmbH	

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.

X

 (Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54
 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 54
 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)