

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)	(Geburtsdatum)	(Hausarzt)	
(Straße Hausnr.)	(PLZ)	(Ort)	(Tel.-Nr)
(Pflegekasse)		(Versichertennummer)	

Ist für die Kostenübernahme ein anderer Kostenträger als die Pflegekasse zuständig (z.B. Sozialamt)?

nein ja: _____

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 hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Preis / Menge	zutreffendes Ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saug. Bettschutzeinl. Einmalgebrauch	12,85€ / 30 Stück	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	5,64€ / 100 Stck	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	7,18€ / 100 Stck	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	7,18€ / 100 Stck	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	13,34€ / 100 Stck	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	25,65€ / Stück	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	8,21 € / 500ml	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	6,16 € / 500ml	<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)
BB medica medizinische Betriebs- und Ingenieurgesellschaft mbH Neuköllner Str. 2 52068 Aachen	330532571

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 (ggf. gesetzl. Vertreter/in)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PG 54
Bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
Nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung

<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfefeberechtigung
Bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages
Nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter |

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)