

## ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

Vertrag über die Versorgung mit bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI.

**Versicherte\*r**  Herr  Frau

Vorname: ..... Straße: .....  
 Nachname: ..... PLZ, Ort: .....  
 Geburtsdatum: ..... Telefon: .....  
 Pflegekasse: ..... E-Mail: .....  
 Vers.-Nr.: ..... Pflegegrad:  1  2  3  4  5

### Ich beantrage die Kostenübernahme für...

...zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 40 Euro bzw. bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20 Euro (monatlich). Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

#### Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel

#### Pflegehilfsmittelpositionsnummer

Saugende Bettschutzeinlagen, zum Einmalgebrauch ..... 54.45.01.0001  
 Einmalhandschuhe ..... 54.99.01.1001  
 Fingerlinge, zum Einmalgebrauch ..... 54.99.01.0001  
 Händedesinfektion ..... 54.99.02.0001  
 Mundschutz, zum Einmalgebrauch ..... 54.99.01.2001  
 Flächen-Desinfektion ..... 54.99.02.0002  
 Schutzschürzen, zum Einmalgebrauch ..... 54.99.01.3001

...Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (Produktgruppe 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Absatz 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

#### Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene

#### Pflegehilfsmittelpositionsnummer

Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar ..... 54.40.01.4

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt uns ausschließlich für meine private ambulante Pflege verwendet werden.

.....  
 Datum & Unterschrift des Versicherten bzw. ges. Vertreters/Betreuers

Leistungserbringer: .....

Straße, Hausnr.: .....

PLZ, Ort: .....

Institutskennzeichen (IK): .....

### Genehmigungsvermerk

(wird von der Kasse ausgefüllt)

- PG54 bis 40 € monatlich
- PG54 bis 20 € monatl. /Beihilfeberechtigung
- PG51 mit Zuzahlung
- PG51 ohne Zuzahlung
- PG51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigung
- PG51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigung

.....  
 Institutskennzeichen der Pflegekasse

.....  
 Datum, Stempel, Unterschrift der Pflegekasse