Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pfl egehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI.

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

Name, Vorname | Geburtsdatum | Pflegekasse, Versichertennummer

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort | Tel.-Nr.: für Rückfragen

Name des Pflegedienstes

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

☐ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages (max. 60,00 €)* 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.

*Befristet durch Gesetzgebung bis 31.12.2021.

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

Handschuhgröße: ☒ S ☐ M ☐ L ☐ XL

☐ 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

* max. 2 Stück/Jahr, nach Genehmigung der Pflegekasse

☒ **durch folgenden Leistungserbinger: IK-331600703**
SERIMED GmbH & Co. KG, Am Waldstadion 5, 07937 Zeulenroda-Triebes

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 Versicherten / des Versicherten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse: (nicht vom / n Antragsteller / in auszufüllen)

☐ **PG 54** bis maximal des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
☐ **PG 54 Beihilfeberechtigung** bis maximal der Hälfte des monatli. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
☐ **PG 51 mit Zuzahlung**
☐ **PG 51 ohne Zuzahlung**

☐ **PG 54**
☐ **PG 51** mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
☐ **PG 51** ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigt

Datum

IK der Pflegekasse / Stempel / Unterschrift

SERIMED GmbH & Co. KG
Am Waldstadion 5 | 07937 Zeulenroda-Triebes | Telefon: (03 66 28) 6 77-31 | Fax: (03 66 28) 6 77-78
E-Mail: reha-innendienst@serimed.com | **www.serimed.com**