

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

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. 40,00 €) 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.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (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
Esslätzchen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.00.99.0087
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

Handschuhgröße:: S M L XL

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege und -hygiene (PG 51) und zur Linderung von Beschwerden unter Abzug eines Eigenanteils, soweit keine Zuzahlungsbefreiung 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 Leistungserbringer: 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)

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

Datum

IK der Pflegekasse/ Stempel/ Unterschrift

