



## Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

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

### Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		Geburtsdatum:	
PLZ/Ort:		Telefon:	
Pflegekasse:		Versichertennummer:	

### Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) – bis maximal 40,00 € / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 €. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Packungs-inhalt	werden benötigt	Pflegehilfsmittelpositio nsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	50 Stck.	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	100 Stck.	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	100stck.	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	50 Stck.	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	100 Stck.	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	1 Stck.	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	500 ml	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	500ml	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10%., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt. Bei Befreiung bitte dem Antrag eine **Kopie Ihrer Befreiungskarte** beilegen.

Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege-/hygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4

### durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen
Sanitätshaus im Hasemed Hammerstr. 7-9, 49740 Haselünne	<b>330346508</b>

Bitte verzeichnen Sie das Sanitätshaus im Hasemed, mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für die Pflegemittel und streichen Sie - sofern vorhanden - meinen bisherigen Lieferanten. **Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden.**

\_\_\_\_\_ Datum  
 \_\_\_\_\_ Unterschrift der/ des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

### Wird von der Pflegekasse ausgefüllt

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis 40,00 € monatlich     PG 51 mit Zuzahlung     PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)  
 PG 54 bis 20,00 € monatlich     PG 51 ohne Zuzahlung     PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)