SOT SÖGELER ORTHOPÄDIE TECHNIK UND ORTHOPÄDIE SCHUHTECHNIK

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

☐ Frau ☐ 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	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	50 Stck.	☐	54.45.01.0001
Fingerlinge	100 Stck.	☐	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	100stck.	☐	54.99.01.1001
Mundschutz	50 Stck.	☐	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	100 Stck.	☐	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	1 Stck.	☐	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	500 ml	☐	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	500ml	☐	54.99.02.0002

☐ **Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Körperhygiene (PG 51)** unter Abzug eines Eingenanteils 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
SOT Sögeler Orthopädie und Orthopädieschuhtechnik GmbH Gewerbeweg 7a 49751 Sögel	**330341843**

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 Pfelgekasse 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)