

Antrag auf Kostenübernahme

Anlage 4 gem. § 78 Abs.1 i.V.

m. § 40 Abs.2 SGB XI

Name:	Kundennummer:
Straße:	Versichertennummer:
PLZ Ort:	Geburtsdatum:
Pflegekasse:	

Ich beantrage die **Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Körperhygiene** (Produktgruppe PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5SGB XI vorliegt.

Artikel	vom Pflegebedürftigen auszufüllen		von der Pflegekasse auszufüllen	
	Menge/ Preis	werden benötigt Menge	genehmigt werden ja nein	
saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	pro Stück/ 26,16 €			

Hiermit wird bestätigt, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung
(Beihilfeberechtigt)
- PG 51 ohne Zuzahlung
(Beihilfeberechtigt)

genehmigt von _____
bis _____

Datum/ Unterschrift der/ des Pflegebedürftigen bzw. gesetzl. Vertreter	IK-Nummer der Pflegekasse	Datum, Stempel/ Unterschrift der Pflegekasse
---	---------------------------	--

Antrag auf Kostenübernahme

Anlage 4 gem. § 78 Abs.1 i.V. m. § 40 Abs.2 SGB XI

Name:	Kundennummer:
Straße:	Versichertennummer:
PLZ Ort:	Geburtsdatum:
Pflegekasse:	

Ich beantrage die **Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel** (Produktgruppe PG 54) bis maximal 40,00 € bzw. bei beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	vom Pflegebedürftigen auszufüllen			von der Pflegekasse auszufüllen	
	Menge/ Preis	Größe	benötigte Menge	genehmigt ja	genehmigt nein
Saugende Bettschutzeinlagen/ Einmalgebrauch	50 Stk./ 21,54 €				
Fingerlinge Gr.2, Gr.3, Gr.4, Gr.5	100 Stk./ 5,64 €				
Einmalhandschuhe Gr. S, Gr. M, Gr. L, Gr. XL	100 Stk./ 7,18 €				
Mundschutz	50 Stk./ 7,18 €				
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	100 Stk./ 13,34 €				
Schutzschürzen, wiederverwendbar	pro Stk./ 25,65 €				
Händedesinfektionsmittel	500ml/ 8,21 €				
Flächendesinfektion	500ml/ 6,16 €				

Hiermit wird bestätigt, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

PG 54 bis 40,00 €
 PG 54 bis 20,00 €
 (Beihilfeberechtigt)

genehmigt von _____
 bis _____

Datum/ Unterschrift der/ des Pflegebedürftigen bzw. gesetzl. Vertreter	IK-Nummer der Pflegekasse	Datum, Stempel/ Unterschrift der Pflegekasse
---	---------------------------	--