

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

Antrag auf Kostenübernahme

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages 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
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

- 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

- durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
_____	_____

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/des Versicherten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Abs. 2 SGB XI

- PG 54 Beihilfeberechtigung

bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Abs. 2 SGB XI

- PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Absatz 1 i. V. m. § 40 Absatz 2 SGB XI

Erklärung zum Erhalt eines Pflegehilfsmittels

.....
 (Name der Pflegekasse) (IK der Pflegekasse)

.....
 (Anschrift und Telefonnummer der Pflegekasse)

..... (Name, Anschrift und Telefonnummer des Versicherten) (Geburtsdatum)

..... (Krankenversicherternummer bzw. Pflegeversicherternummer) (Status)

..... (Name des Leistungserbringers) (IK des Leistungserbringers)

.....
 (Anschrift und Telefonnummer des Leistungserbringers)

Der zuvor genannte Leistungserbringer hat mir heute im augenscheinlich hygienisch und einwandfreiem Zustand nachfolgend aufgeführte zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel übergeben sowie mich – soweit erforderlich – in den Gebrauch des Pflegehilfsmittels eingewiesen.

Artikel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Anzahl	Gesamtpreis (€)
Saugende Bettschutzeinlagen- Einmalgebrauch (PG 54)	54.45.01.0001		
Fingerlinge (PG 54)	54.99.01.0001		
Einmalhandschuhe (PG 54)	54.99.01.1001		
Mundschutz (PG 54)	54.99.01.2001		
Schutzschürzen - Einmalgebrauch (PG 54)	54.99.01.3001		
Schutzschürzen - wiederverwendbar (PG 54)	54.99.01.3002		
Händedesinfektions- mittel (PG 54)	54.99.02.0001		
Flächendesinfektions- mittel (PG 54)	54.99.02.0002		
Saugende Bettschutzeinlagen –wieder- verwendbar (PG 51)	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen !)		
Eigenanteil von 10 v. H. für wiederverwendbare saugende Bett- schutzeinlagen der PG 51:			

Ich darf die überlassenen Pflegehilfsmittel keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen. Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten.

(Datum und Unterschrift)

von
bis

(Versorgungszeitraum)