

Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Absatz 1 i. V. m. § 40 Absatz 2 SGB XI

Antrag auf Kostenübernahme

 (Name, Vorname) (Geburtsdatum) (Pflegekasse, Versichertennummer)

 (Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

gewünschter Lieferant: **Schloss-Apotheke**
Hippolytusstrasse 5
45899 Gelsenkirchen
Telefon (0209) 95181-0
Telefax (0209) 95181-55

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- Zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis der Hälfte des Höchstbetrages. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

IK 303701297

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	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 zu Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Stückzahl
Saugende Bettschutzeinlagen-wiederverwendbar	51.40.01.4	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

 (Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages

PG 54

bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages

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)