



Antrag auf Kostenübernahme

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

(Name, Vorname) _____
(Geburtsdatum)

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

| Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG) 54 – bis maximal 40 € / bei Beihilferechtigten bis maximal 20 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen. | | | | | | | | | |
|---|------------------------|---------------------------------------|------|--------------------|-------------------------------------|------|--------------------|-----------------------------|-----------|
| | | Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen | | | Nur von der Pflegekasse auszufüllen | | | Nur vom Berater auszufüllen | |
| Artikel: | Menge/ Preis | benötigt werden: | | Anzahl/ Einheit | genehmigt werden: | | Anzahl/ Einheit | Abgabe erfolgt | |
| | | ja | nein | | ja | nein | | Regelm. | monatlich |
| Saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch | 50 Stck. (21,50 €) | | | | | | | | |
| Einmalhandschuhe Größe: _____ | 100 Stck. (17,20 €) | | | | | | | | |
| Mundschutz | 50 Stck. (30,50 €) | | | | | | | | |
| Schutzschürzen - Einmalgebrauch | 100 Stck. (15,40 €) | | | | | | | | |
| Schutzschürzen - wiederverwendbar | pro Stck. (25,65 €) | | | | | | | | |
| Händedesinfektionsmittel | 500 ml (12,30 €) | | | | | | | | |
| Flächendesinfektionsmittel | 500 ml (9,00 €) | | | | | | | | |
| Ich beantrage die Kostenübernahme für 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. | | | | | | | | | |
| Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar | pro Stck. (26,16 €) | | | | | | | | |

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

Die Kosten sollen vom Leistungserbringer Aktiv-pro Stramer und Stahlberg GmbH (Institutionskennzeichen 330620317) direkt mit der Pflegekasse abgerechnet werden.

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 40 € monatlich | <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 20 € monatlich |
| <input type="checkbox"/> PG 51 mit Eigenanteil | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Eigenanteil |

Datum, Unterschrift des/r Pflegebedürftigen, des Betreuers oder Vertrauensperson _____
IK der Pflegekasse

Beraten durch: _____
Datum, Stempel u. Unterschrift der Pflegekasse