

Antrag auf Kostenübernahme

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit bestimmten Pflegehilfsmitteln
gem. § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

Versicherte/r: Herr Frau

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

Telefon:

Pflegekasse, Vers.Nr.

Nachname:

PLZ/Ort:

E-Mail

Pflegegrad 1 2 3 4 5

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54 bis maximal 40 € bzw. bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20 € monatlich). Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen , zum Einmalgebrauch	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
Fingerlinge , zum Einmalgebrauch	54.99.01.0001
Händedesinfektion	54.99.02.0001
Mundschutz , zum Einmalgebrauch	54.99.01.2001
Flächen-Desinfektion	54.99.02.0002
Schutzschürzen , zum Einmalgebrauch	54.99.01.3001

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.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen , wiederverwendbar	51.40.01.4

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden.

Datum und Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

Name und Anschrift des Leistungserbringers

Sanitätshaus Ratingsee Roth e.K.
Emmericher Str. 150 b
47138 Duisburg

Institutionskennzeichen (IK)

330506465

Genehmigungsvermerk

(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- PG54 bis **40 €** monatlich
- PG54 bis **20 €** monatl./Beihilfeberechtigung
- PG51 **mit** Zuzahlung
- PG51 **ohne** Zuzahlung
- PG51 **mit** Zuzahlung/Beihilfeberechtigung
- PG51 **ohne** Zuzahlung/Beihilfeberechtigung

Institutionskennzeichen der Pflegekasse

Datum, Stempel, Unterschrift der Pflegekasse