

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

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort) _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal 40,00 € / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Menge Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen		Anzahl Einheit	Nur von der Pflegekasse auszufüllen		Genehmigt bis
		benötigt werden			genehmigt werden		
		ja	nein		ja	nein	
saugende Bettschutzeinlagen- Einmalgebrauch	50 Stck. (21,54 €)						
Fingerlinge	100 Stck. (5,64 €)						
Einmalhandschuhe	100 Stck. (7,18 €)						
Mundschutz	50 Stck. (7,18 €)						
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	100 Stck. (13,34 €)						
Schutzschürzen - wiederverwendbar	pro Stck. (25,65 €)						
Händedesinfektions- mittel	500 ml (8,21 €)						
Flächendesinfektions- mittel	500 ml (6,16 €)						

- 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.

Artikel:	Menge/ Preis	benötigt werden:		Anzahl/ Einheit	genehmigt werden:		Anzahl/ Einheit	Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein		
saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	pro Stck. (25,65 €)							

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

Name:

Ware erhalten:

Datum:

Unterschrift:

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

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis zu 40,00 € monatlich
 PG 54 bis zu 20,00 € monatlich / Beihilfeberechtigung

- 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)