

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit 40 Absatz 2 SGB XI

Versichertendaten der/des Pflegebedürftigen (bitte **vollständig** und **leserlich** in Druckbuchstaben ausfüllen/ankreuzen)

Anrede:	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Ihre Pflegekasse:	_____					
Nachname:	_____			Versicherungsart:	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat			
Vorname:	_____			Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Straße & Nr.:	_____			Versicherten-Nr.:					
PLZ & Ort:	_____			Telefon-Nr.:	_____				
Geburtsdatum:	_____								

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.

Verbrauchspflegehilfsmittel (PG 54)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Vom Versicherten auszufüllen zutreffendes bitte ankreuzen	Von der Pflegekasse auszufüllen	
			genehmigt ja/nein	genehmigt bis
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	<input type="checkbox"/>		
Händedesinfektion	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/>		
Flächendesinfektion	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/>		
Schutzschürzen, einmalgebrauch	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/>		
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002	<input type="checkbox"/>		
Bettschutzeinlagen, einmalgebrauch	54.45.01.0001	<input type="checkbox"/>		
Mundschutz	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/>		
Fingerlinge	54.99.01.0001	<input type="checkbox"/>		

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.

Pflegehilfsmittel (PG 51)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Vom Versicherten auszufüllen Bitte Stückzahl eintragen	Von der Pflegekasse auszufüllen	
			genehmigt ja/nein	genehmigt bis
Bettschutzeinlage, wiederverwendbar	51.40.01.4	<input type="text"/>		

Leistungserbringer

Alif Medical & Care GmbH & Co. KG • Steinebacher Ring 15 • 57629 Linden • Tel.: 026 66 - 912 91 16 • Fax: 026 66 - 912 91 17 • IK-Nr.: 330 714 296

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 und ich diese nur vom o.g. Leistungserbringer beziehen werde.

_____ Datum _____ Ort **X** Unterschrift des **Versicherten** oder **Bevollmächtigten**

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

PG 54 bis € 40 monatlich PG 51 mit Zuzahlung PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter
 PG 54 bis € 20 monatlich PG 51 ohne Zuzahlung PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

_____ IK-Nr. der Pflegekasse _____ Datum, Ort _____ Stempel / Unterschrift der **Pflegekasse**