

# Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel



Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI

Herr  Frau      Name      Vorname      Geburtsdatum

Versichertennummer      Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

## 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 hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

bitte ankreuzen	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
<input type="checkbox"/>	saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Patientenuntersuchungskittel (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Patientenuntersuchungskittel (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002

- 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.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
.....	saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	51.40.01.4

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, daß meine persönlichen Daten von der rmcStolze GmbH gespeichert, verarbeitet und bei Bedarf an Dritte (z.B. Krankenkassen, Pflegekassen) weitergegeben werden dürfen. Die Datenübergabe erfolgt ausschließlich zum Zweck der Erfüllung dieses Auftrages.

X

Datum      Unterschrift der / des Versicherten (bzw. des gesetzlichen Vertreters / Betreuers)

### Genehmigungsvermerk (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI                                 | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung                         |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter |

IK-Nummer der Pflegekasse

Datum / Stempel / Unterschrift