

Antrag auf Kostenübernahme

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

*Nur vom Antragsteller/ Vertreter/ Betreuer auszufüllen

(Patient)*

(Geburtsdatum)*

(Pflegekasse, Versichertennummer)*

(Anschrift des Patienten)*

Ich beantrage Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrags § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.*

Artikel:	Menge/ Preis	Nur von Pflegebedürftigen auszufüllen			Nur von der Pflegekasse auszufüllen			
		Benötigt werden:*		Anzahl/ Einheit	Genehmigt werden:*		Anzahl/ Einheit	Genehmigt bis
		Ja	Nein		Ja	Nein		
Saugende Bettschutzeinlagen -Einmalgebrauch-	50 Stck.							
Fingerlinge	100 Stck.							
Einmalhandschuhe	100 Stck.							
Mundschutz	50 Stck.							
Schutzschürzen -Einmalgebrauch-	100 Stck.							
Schutzschürzen -wiederverwendbar-	pro Stck.							
Händedesinfektionsmittel	500 ml							
Flächendesinfektionsmittel	500 ml							

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt. *Bei Bedarf

Artikel:	Menge/ Preis	Benötigt werden:*		Anzahl/ Einheit	Genehmigt werden:*		Anzahl/ Einheit	Genehmigt bis
		Ja	Nein		Ja	Nein		
Saugende Bettschutzeinlagen -wiederverwendbar-	pro Stck.							

Durch folgenden Leistungsbringer:

Rats Apotheke

Apotheker W.-R. Tews e. K.
Clemens-August-Str. 56-58
59821 Arnsberg
T: 02931 16966
IK Nummer 303523690

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.

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

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 40,00 € monatlich | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 20,00 € monatlich/Beihilfeberechtigung | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung |
| | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)