

- Versorgung mit zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

IK 330970572

Antrag auf Kostenübernahme

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Pflegekasse: _____ Vers.-Nr.: _____

- Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe PG 54) bis maximal 40,00 € bzw. bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Packungs- inhalt	Artikel-Nr. / gewünschte Anzahl	werden benötigt	Preis / Einheit	genehmigt	Anzahl / Einheiten
saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	50 St.		<input type="checkbox"/>	21,54 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fingerlinge	100 St.		<input type="checkbox"/>	5,64 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einmalhandschuhe	100 St.		<input type="checkbox"/>	7,18 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Mundschutz	50 St.		<input type="checkbox"/>	7,18 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 St.		<input type="checkbox"/>	13,34 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	1 St.		<input type="checkbox"/>	25,65 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Händedesinfektionsmittel	500 ml		<input type="checkbox"/>	8,21 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Flächendesinfektionsmittel	500 ml		<input type="checkbox"/>	6,16 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

- Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (Produktgruppe PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel	Packungs- inhalt	Artikel-Nr. / gewünschte Anzahl	werden benötigt	Preis / Einheit	genehmigt	Anzahl / Einheiten
saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	1 St.		<input type="checkbox"/>	26,16 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

- Hiermit wird bestätigt, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

Genehmigungsvermerk:

- PG 54 bis € 40,00 monatlich
- PG 54 bis € 20,00 monatlich (Beihilfeberechtigter)
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung (Beihilfeberechtigter)
- PG 51 ohne Zuzahlung (Beihilfeberechtigter)

Datum, Unterschrift der/s Pflegebedürftigen
bzw. deren ges. Vertreter/Betreuer

IK Pflegekasse

*§ 78 Absatz 1 i. V. m § 40 Absatz 2 SGB XI

Datum, Stempel/Unterschrift der Pflegekasse