

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

Antrag auf Kostenübernahme

_____	_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum	Pflegekasse
_____	_____	_____
Anschrift	Versichertennummer	Anschrift Pflegekasse

		Fax Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Der monatliche Höchstbetrag gilt apothekenübergreifend.

zum Verbrauch best. Pflegehilfsmittel	zutreffende ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlage – Einmalgebrauch		54.45.01.0001
Fingerlinge		54.99.01.0001
Einmalhandschuhe		54.99.01.1001
Mundschutz		54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch		54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar		54.99.01.3002
Einmallätzchen		54.99.01.4001
Partikelfiltrierende Halbmasken		54.99.01.5001
Händedesinfektionsmittel		54.99.02.0001
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-/hygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	54.40.01.4

- durch folgenden Leistungsbringer

APOTHEKE AM KIRCHPLATZ

Holländerstraße 1
76189 KA-Daxlanden
Telefon: 0721 571984

Institutionskennzeichen: 306902823

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. Des Weiteren bin ich darüber aufgeklärt worden, dass ich bei Überschreiten des monatlichen Pauschalhöchstbetrags von 40,00€ Kosten, die der Apotheke von der Pflegekasse in Rechnung gestellt werden, selber tragen muss.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Genehmigungsverkehr der Pflegekasse

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis max. des monatl. Höchstbetrags nach § 40 abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Hilfeberechtigung bis max. der Hälfte des monatl. Höchstbetrags nach § 40 abs. 2 SGB XI | <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

