

Antrag auf Kostenübernahme

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

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

- Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe PG 54) bis maximal 31 € bzw. bei Beihilfeberechtigten bis maximal 15,50 € monatlich. Darüber hinaus entstehenden Kosten werden von mir selbst getragen.

| Artikel | Menge / Preis | Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen | | Anzahl/ Einheit | Nur von der Pflegekasse auszufüllen | |
|--|--------------------|---------------------------------------|------|-----------------|-------------------------------------|------|
| | | Benötigt werden: ja | nein | | Genehmigt werden: ja | nein |
| saugende Bettschutzeinlagen / Einmalgebrauch | 75 Stk. / 31,00 € | | | | | |
| Fingerlinge | 100 Stk. / 5,64 € | | | | | |
| Einmalhandschuhe Größe S | 100 Stk. / 7,18 € | | | | | |
| Größe M | 100 Stk. / 7,18 € | | | | | |
| Größe L | 100 Stk. / 7,18 € | X | | 1 VE | | |
| Mundschutz | 50 Stk. / 7,18 € | X | | 1 VE | | |
| Schutzschürzen / Einmalgebrauch | 100 Stk. / 13,34 € | | | | | |
| Händedesinfektionsmittel | 500 ml / 8,81 € | X | | 1 VE | | |
| Flächendesinfektionsmittel | 500 ml / 6,16 € | X | | 1 VE | | |

- 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.

| | | | | | | |
|--|------------------|--|--|--|--|--|
| saugende Bettschutzeinlagen / wiederverwendbar | 1 Stk. / 26,16 € | | | | | |
|--|------------------|--|--|--|--|--|

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

Genehmigungsvermerk:

- PG 54 bis € 31,00 monatlich
 PG 54 bis € 15,50 monatlich
 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 der Pflegekasse

.....
 Datum, Stempel/Unterschrift der Pflegekasse

Zurück an:



Sanitätshaus Online c/o Die Etagen GmbH
 Goethering 8
 49074 Osnabrück

Telefon: 05 41 / 600 15 50
 Telefax: 05 41 / 600 15 59

in Kooperation mit:
 Osterheider GmbH
 Dieselstr. 27 A
 49076 Osnabrück