

**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**

**Antrag auf Kostenübernahme**

.....  
(Name, Vorname)

.....  
(Geburtsdatum)

.....  
(Anschrift Straße, PLZ, Wohnort)

.....  
(Pflegekasse, Versichertennummer)

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG) 54 - bis maximal 40,00 € Bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.							
		<b>Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen</b>			<b>Nur von der Pflegekasse auszufüllen</b>		
<b>Artikel:</b>	<b>Menge/ Preis</b>	<b>benötigt werden:</b>		<b>Anzahl/ Einheit</b>	<b>genehmigt werden:</b>		<b>Anzahl/ Einheit</b>
		ja	nein		ja	nein	
saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch	50 Stck. (21,54€)						
Fingerlinge	100 Stck. (5,64 €)						
Einmalhandschuhe	100 Stck. (7,18 €)						
Mundschutz	50 Stck. (7,18 €)						
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	100 Stck. (13,34 €)						
Schutzschürzen - wiederverwendbar	pro Stck. (25,65 €)						
Händedesinfektionsmittel	500 ml (8,21 €)						
Flächendesinfektionsmittel	500 ml (6,16 €)						
Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PB 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.							
saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	pro Stck. (26,16 €)						

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

(Empfangsbestätigung)

PG 54 bis zu 40,00 € monatlich

PG 54 bis zu 20,00 € monatlich

PG 51 mit Eigenanteil

PG 51 ohne Eigenanteil

.....  
Datum und Unterschrift des/r  
Pflegebedürftigen/deren ges.  
Vertreter/Betreuer)

Stempel

**IK-Nr. 330841597**

.....  
IK der Pflegekasse

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