

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel



Versorgung der versicherten Person mit zum Verbrauch bestimmten
Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Abs. 1, in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI

Versicherte Person	Pflegegrad
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Diverse	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Kein Pflegegrad
Vorname Name	Geburtsdatum
Straße/Nr.	Pflegekasse
PLZ/Ort	Versicherten-Nr.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Packungs- inhalt	Bereits für Sie gekennzeichnet	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Produktgruppe 54 bis maximal 40,00€ monatlich, bei Beihilfeberechtigung bis max. 20,00€ monatlich (gemäß §40 Abs. 2 SGB XI). Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.
Saugende Bettschutzeinlagen 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	50 Stk.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.45.01.0001	
Einmalhandschuhe puderfrei, unsteril	100 Stk.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.1001	
Mund-Nasen-Schutz Einmalgebrauch	50 Stk.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.2001	
Schutzschürzen Einmalgebrauch	100 Stk.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3001	
Schutzschürzen wiederverwendbar	1 Stk.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3002	
Händedesinfektion keimvermindernde Wirkung	500 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.02.0001	
Flächendesinfektion* keimvermindernde Wirkung	500 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.02.0002	

*Biozidprodukt vorsichtig verwenden. Vor Gebrauch stets Etikett und Produktinformationen lesen.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Benötigte Stückzahl	Bitte Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Körperhygiene, Produktgruppe 51 unter Abzug des Eigenanteils von 10%, soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.
Saugende Bettschutzeinlagen wiederverwendbar	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	51.40.01.4	

Strehlow GmbH (wird von der Strehlow GmbH ausgefüllt) Havelstraße 23, 39126 Magdeburg, Institutskenzeichen: IK 331500427		Ich beantrage die Kostenübernahme durch den links aufgeführten Leistungserbringer.
Nummer des Mitarbeitenden	Unterschrift des Mitarbeitenden	

Name versicherte/bevollmächtigte Person (in Druckbuchstaben)	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.
Ort, Datum	

Unterschrift versicherte/bevollmächtigte Person

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

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

IK-Nr. der Pflegekasse

Datum, Stempel und Unterschrift der Pflegekasse