

Antrag auf Kostenübernahme

| | | |
|------------------------------|--------------|---------------------------------|
| Name/Vorname | Geburtsdatum | Pflegekasse/Versicherungsnummer |
| Anschrift/Straße/PLZ/Wohnort | | |

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

| Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen | | | Nur von der Pflegekasse auszufüllen | | |
|---|--------------------|--------------|-------------------------------------|----------------|---------------|
| Artikel | Menge | Anzahl/Monat | Genehmigt ja | Genehmigt nein | Genehmigt bis |
| Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch PG 54.45.01.0001 | 50 Stk (21,54 €) | | | | |
| Fingerlinge PG 54.99.01.0001 | 100 Stk (5,64 €) | | | | |
| Einmalhandschuhe PG 54.99.01.1001 | 100 Stk (7,18 €) | | | | |
| Mundschutz PG 54.99.01.2001 | 50 Stk (7,18 €) | | | | |
| Schutzschürzen Einmalgebrauch PG 54.99.01.3001 | 100 Stk (13,34 €) | | | | |
| Schutzschürzen wiederverwendbar PG 54.99.01.3002 | Pro Stk (25,65 €) | | | | |
| Händedesinfektionsmittel PG 54.99.02.0001 | 1 Flasche (8,21 €) | | | | |
| Flächendesinfektionsmittel PG 54.99.02.0002 | 1 Flasche (6,16 €) | | | | |

- 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.

| Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen | | | Nur von der Pflegekasse auszufüllen | | |
|--|--------------|--------------|-------------------------------------|----------------|---------------|
| Artikel | Menge | Anzahl/Monat | Genehmigt ja | Genehmigt nein | Genehmigt bis |
| Saugende Bettschutzeinlagen wiederverwendbar PG 51.40.01.4 | Stk (25,50€) | | | | |

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.

Durch folgenden Leistungserbringer:

Medisani GmbH
 Breitenbachstr. 10
 13509 Berlin
 IK 331107534
 Telefon: 030 680733450
 Fax: 030 680733451



 Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse:

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

| | |
|-------|---|
| Datum | IK der Pflegekasse / Stempel / Unterschrift |
|-------|---|