

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

**Antrag auf Kostenübernahme**

.....  
 (Name, Vorname) (Geburtsdatum) (Pflegekasse, Versichertennummer)

.....  
 (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 / Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes Ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen 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
Händedesinfektion	( )	54.99.02.0001
Flächendesinfektion	( )	54.99.02.0002

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 2 SGB XI vorliegt.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4

- durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
emCare GmbH, Wendelstraße 7a 66787 Wadgassen	331001593

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.

.....  
 (Datum und Unterschrift der / des Versicherten)

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

- PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 54 Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilferechtigtger
- PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilferechtigtger

.....  
 (Datum)

.....  
 (IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)