

Versorgung mit zum Verbrauch

bestimmten Pflegehilfsmitteln

Antrag auf Kostenübernahme\*

 09526 Olbernhau Albertstr. 29a

 IK 331 410 406

|  |  |
| --- | --- |
| Name, Vorname |  |
| Geburtsdatum |  |
| Anschrift (Straße, PLZ, Ort) |  |
| Pflegekasse, Versicherungsnummer |  |

 Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe PG54) bis maximal 40,00 € bzw. bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Artikel | Inhalt /Packung | benötigte Anzahl | HMV-Nr. | Preis /Einheit | genehmigt | Anzahl erhalten |
| Saugende Bettschutzeinlagen(Einmalgebrauch)  | 50 Stück |  | 54.45.01.0001 | 21,54 € | □ ja | □ nein |  |
| Fingerlinge | 100 Stück |  | 54.99.01.0001 | 5,64 € | □ ja | □ nein |  |
| Einmalhandschuhe  | Gr. MGr. L | 100 Stück100 Stück |  | 54.99.01.1001 | 7,18 € | □ ja | □ nein |  |
| Mundschutz | 50 Stück |  | 54.99.01.2001 | 7,18 € | □ ja | □ nein |  |
| Schutzschürzen (Einmalgebrauch) | 100 Stück |  | 54.99.01.3001 | 13,34 € | □ ja | □ nein |  |
| Schutzschürzen (wiederverwendbar) | 1 Stück |  | 54.99.01.3002 | 25,65 € | □ ja | □ nein |  |
| Händedesinfektionsmittel | 500 ml |  | 54.99.02.0001 | 8,21 € | □ ja | □ nein |  |
| 1000 ml | 12,40 € |  |
| Flächendesinfektionsmittel | 500 ml |  | 54.99.02.0002 | 6,16 € | □ ja | □ nein |  |
| 1000 ml | 12,32 € |  |

 Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (Produktgruppe PG51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Artikel | Inhalt /Packung | benötigte Anzahl | Himi-Nr. | Preis /Einheit | genehmigt | Anzahl erhalten |
| Saugende Bettschutzeinlagen(wiederverwendbar)  |  | 2 | 51.40.01.4 | 26,16 € | □ ja | □ nein |  |

|  |
| --- |
| Genehmigungsvermerk: |
|  PG 54 bis 40,00 € monatl. PG 54 bis 20,00 € monatl. (Beihilfeberecht.) PG 51 mit Zuzahlung PG 51 ohne Zuzahlung PG 51 mit Zuzahlung (Beihilfeberecht.) PG 51 ohne Zuzahlung (Beihilfeberecht.) |
|  |
| IK der Pflegekasse |
|  |
| Datum, Stempel / Unterschrift der Pflegekasse |

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

|  |
| --- |
|  |
| Datum / Unterschrift der/s Pflegebedürftigtenbzw. deren gesetzl. Vertreter / Betreuer |

 Hiermit bestätige ich den Erhalt der o.g. Pflegeprodukte.

|  |
| --- |
|  |
| Datum / Unterschrift der/s Pflegebedürftigtenbzw. deren gesetzl. Vertreter / Betreuer |

 = vom Antragsteller / Vertreter / Betreuer auszufüllen