

## Antrag zur Kostenübernahme

Versorgung mit zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel  
gemäß §78 Abs.1 i. V. m. §40 Abs. 2 SGB XI

### Kundendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
Pflegekasse: \_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_  
Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

### Lieferdaten der monatlichen Versorgung

Pflegedienst, WG, etc.: \_\_\_\_\_  
Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

☐ 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 entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

		Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen			Nur von der Pflegekasse auszufüllen			
Artikel	Menge / Preis	benötigt werden:		Anzahl / Einheit	genehmigt werden:		Anzahl / Einheit	Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein		
Saugende Bettschutzeinlagen-Einmalgebrauch	50 Stück (21,54 €)							
Fingerlinge	100 Stück (5,64 €)							
Einmalhandschuhe Größe <input type="checkbox"/> S / <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> L	100 Stück (7,18 €)							
Mundschutz	50 Stück (7,18 €)							
Schutzschürzen-Einmalgebrauch	100 Stück (13,34 €)							
Schutzschürzen-wiederverwendbar	pro Stück (25,65 €)							
Händedesinfektionsmittel	500 ml (8,21 €)							
Flächendesinfektionsmittel	500 ml (6,16 €)							

☐ Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene Produktgruppe (PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung (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 / Preis	benötigt werden:		Anzahl / Einheit	genehmigt werden:		Anzahl / Einheit	Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein		
Saugende Bettschutzeinlagen- wiederverwendbar	pro Stück (26,16 €)							

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

(Ort, Datum, Unterschrift Pflegebedürftige/r bzw. Bevollmächtigte/r)

### Genehmigungsvermerk (von der Pflegekasse auszufüllen)

- ☐ PG 51 mit Zuzahlung  
☐ PG 51 ohne Zuzahlung  
☐ PG 51 mit Zuzahlung (Beihilfeberechtigter)  
☐ PG 51 ohne Zuzahlung (Beihilfeberechtigter)  
☐ PG 54 bis 40,00 € monatlich  
☐ PG 54 bis 20,00 € monatlich (Beihilfeberechtigter)

(Ort, Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)