

**Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten
mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln
gem. §78 Abs. 1.i.V.m. §40 Abs. 2SGBXI**



Antrag auf Kostenübernahme

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:	Vers.-Nr.:
Anschrift: Straße, PLZ, Ort			

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal 42 € (§ 40 Abs. 2 SGB XI), bei Beihilfe-
berechtigung bis maximal 21 € (§ 40 Abs. 2 SGB XI). Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input checked="" type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2)	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.5001
Einmalhandschuhe	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzlätzchen - Einmalgebrauch	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.4001
Händedesinfektionsmittel	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Flächendesinfektionstücher	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.02.0015

- 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.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
2 - 4	saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4

- durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen
Medilog Hamburg Teinert GmbH, Sorbenstraße 62, 20537 Hamburg	330203879

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

Unterschrift der/des Versicherten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | |
| <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

Datum

IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift