

Antrag auf Kostenübernahme

gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI

Versicherte/r | Pflegebedürftige/r

Herr
 Frau

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

PLZ _____ Ort _____ Straße, Nr. _____

Telefon _____ E-Mail _____

Versichertennummer _____ Pflegekasse _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Eine Zuzahlungsbefreiung liegt vor?
 Ja (bitte Kopie mit dem Antrag einreichen) Nein

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 hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Wird benötigt	Artikel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
<input type="checkbox"/>	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe (puderfrei) <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch, aus wasserabweisender Folie)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen – wiederverwendbar –	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002

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.

Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar – _____ Stück 51.40.01.4

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt.

Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Meine Daten dürfen für den Zweck und Dauer der Leistungserbringung genutzt werden.

Abtretungserklärung/Nutzungsbedingungen (zur Abrechnung mit der Pflegekasse notwendig):

Hiermit trete ich als Antragsteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse

an die **Aukamm Apotheke**, Aukammallee 33, 65191 Wiesbaden, **Institutionskennzeichen 30 58 00 975** ab.

Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. deren ges. Vertreter

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

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