

# Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

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

## Persönliche Daten

Name, Vorname	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Hausnummer	Krankenversicherungsnummer
<input type="text"/>	<input type="text"/>
PLZ, Ort	Telefonnummer (aktuell)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

- Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel**  
Produktgruppe (PG) 54 – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigten analog bis maximal der Hälfte. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Partikelfilternde Halbmasken (FFP2 -oder vergleichbare Masken)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.5001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Einmallätzchen	<input type="checkbox"/>	54.99.01.4001

- 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.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Körperhygiene	Benötigte Stückzahl	Positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar		51.40.01.4

Name und Anschrift des Leistungserbringers	Institutionskennzeichen
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden.

<b>Datum und Unterschrift der/ des Versicherten oder Bevollmächtigten</b>
---

Hinweis zum Datenschutz und zur Mitwirkung:

Gemäß §67a SGB X in Verbindung mit §§ 7, 7a, 28 SGB XI, § 60 SGB I ist Ihre Mitwirkung zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund § 94 SGB XI zu erheben. Fehlt Ihre Mitwirkung kann dies zu Nachteilen bei Ihren Leistungsansprüchen führen.



## Anlage zur Antragsstellung zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel

Name:

Geburtsdatum:

Versichertennummer:

Liegt bei Ihnen eine Inkontinenz vor?

Nein

ja

Geht von Ihnen eine erhöhte Infektions- oder Ansteckungsgefahr aus?

nein

ja, welche? \_\_\_\_\_

Artikel	Warum werden diese benötigt?
Saugende Bettschutzeinlagen zum Einmalgebrauch	
Fingerlinge	
Einmalhandschuhe	
Mundschutz bzw. FFP2 Masken	
Schutzschürzen zum Einmalgebrauch	
Wiederverwendbare Schutzschürzen	
Händedesinfektionsmittel	
Flächendesinfektionsmittel	
Wiederverwendbare saugende Bettschutzeinlagen	
Eimallätzchen	

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Pflegebedürftigen/ Betreuer

