

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.

Datum und Unterschrift der/ des Versicherten oder Bevollmächtigten

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

