

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 des Versicherten

Name, Vorname	Kundennummer	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Telefonnummer
PLZ, Ort	E-Mail	

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG) 54 – bis maximal 40 € / bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel:	Menge/ Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen			Nur von der Pflegekasse auszufüllen		Anzahl/ Einheit
		benötigt werden:		genehmigt werden:			
		ja	nein	ja	nein		
Saugende Bettschutzeinlagen- Einmalgebrauch	50 Stck. (..... €)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fingerlinge	100 Stck. (..... €)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe	100 Stck. (..... €)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundschutz	50 Stck. (..... €)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	100 Stck. (..... €)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen - wiederverwendbar	pro Stck. (..... €)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektionsmittel	500 ml (..... €)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flächendesinfektionsmittel	500 ml (..... €)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PB 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Saugende Bettschutzeinlagen wiederverwendbar	pro Stck. (..... €)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	---------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Die Produkte werden bei folgenden Lieferanten bezogen:

Institutionskennzeichen (IK-Nummer):

Hiermit wird bestätigt, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

Datum, Unterschrift des/r Pflegebedürftigen/deren gesetzlichen Vertreter/Betreuer

Bestätigung der Pflegekasse:

- PG 54 bis zu 40 € monatlich
- PG 54 bis zu 20 € monatlich
- PG 51 ohne Eigenanteil
- PG 51 mit Eigenanteil

IK der Pflegekasse:

186431652

**Pflegekasse der BKK Pfalz
Lichtenbergerstr. 16
67059 Ludwigshafen**

Datum, Stempel/Unterschrift der Pflegekasse