

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 2 SGB XI

Apothekerin Katrin Lambrich e.K.

Walsroder Str. 150 | 30853 Langenhagen

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln

Familienname	Vorname
Geburtsdatum	Pflegekasse/Versichertennummer
Anschrift	

Ich beantrage nach § 40 Abs. 2 SGB XI die Kostenübernahme für

- ☐ **zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel** – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages, bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegemittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	☐	54.45.01.0001
Fingerlinge	☐	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	☐	54.99.01.1001
Mundschutz	☐	54.99.01.2001
Schutzschürzen: Einmalgebrauch	☐	54.99.01.3001
Schutzschürzen: wiederverwendbar	☐	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	☐	54.45.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	☐	54.45.02.0002

- ☐ **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.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene	4 Stück	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen: wiederverwendbar	☐	51.40.01.4

Durch folgenden Leistungserbringer

Alte Apotheke, Walsroder Straße 150, 30853 Langenhagen, IK 302110951	
Name und Anschrift, Institutionskennzeichen	
info@alte-apotheke-lgh.de	T 0511-77 20 30, F 0511-72 28 21
E-Mail-Adresse	Telefon-/Faxnummer

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.

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

Datum u. Unterschrift der/des Versicherten

☐ PG 54 bis max. des mtl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI	☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis max. der Hälfte des mtl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI	☐ PG 51 mit Zuzahlung ☐ PG 51 ohne Zuzahlung	☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter ☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
---	--	---	---

IK der Pflegekasse, Stempel u. Unterschrift