

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

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

Apotheker Carsten Lambrich e.K.
Weizenkamp 4 | 30916 Isernhagen

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 | <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 |
| Schutzschürzen: Einmalgebrauch | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.3001 |
| Schutzschürzen: wiederverwendbar | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.3002 |
| Händedesinfektionsmittel | <input type="checkbox"/> | 54.45.02.0001 |
| Flächendesinfektionsmittel | <input type="checkbox"/> | 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 | <input type="checkbox"/> | 51.40.01.4 |

Durch folgenden Leistungserbringer

| | |
|---|------------------------------------|
| Apotheke Isernhagen HB, Weizenkamp 4, 30916 Isernhagen HB, IK 302110940 | |
| Name und Anschrift, Institutionskennzeichen | |
| info@apotheke-isernhagen.de | T 0511-77 54 74, F 0511-9 73 54 51 |
| 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

| | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis max. des mtl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis max. der Hälfte des mtl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
|---|--|---|---|

IK der Pflegekasse, Stempel u. Unterschrift