

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

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

Apotheker Carsten Lambrich e.K.
 Marktplatz 5 | 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	<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

City Apotheke, Marktplatz 5, 30853 Langenhagen, IK 302110520	
Name und Anschrift, Institutionskennzeichen	
info@city-apotheke-ccl.de	T 0511 - 72 80 4-0, F 0511 - 72 80 4-33
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