

# ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

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

**Apotheker Carsten Lambrich e.K.**

Walsroder Str. 125 | 30853 Langenhagen

## Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln

Familiennamenname		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

Elisabeth Apotheke, Walsroder Straße 125, 30853 Langenhagen, IK 302108309	
Name und Anschrift, Institutionskennzeichen	
info@elisabeth-apotheke-lgh.de	T 0511-73 23 28, F 0511-73 23 26
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"/> <b>PG 54</b> bis max. des mtl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> <b>PG 54 Beihilfeberechtigung</b> bis max. <b>der Hälfte</b> des mtl. Höchst- betrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> <b>PG 51 mit Zuzahlung</b>	<input type="checkbox"/> <b>PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter</b>
		<input type="checkbox"/> <b>PG 51 ohne Zuzahlung</b>	<input type="checkbox"/> <b>PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter</b>

IK der Pflegekasse, Stempel u. Unterschrift