

1. KOSTENÜBERNAHME

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

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

- Frau
 Herr

Geburtsdatum

Vorname

Nachname

Pflegekasse

Versichertennummer

Straße, Haus Nr.

PLZ

Ort

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages von 40,-€ monatlich nach § 40 Abs. 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zutreffendes ankreuzen	zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
	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	54.99.02.0001
	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002

Kontaktieren Sie uns! Wir stehen Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung.

antares-apotheken oHG, Pflegeschwerpunkt

Tel.: 040-317 666 520 0, Fax: 040-317 666 522 0, pflegeschwerpunkt@antarespharma.de

antarespharma.de

- 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.

Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionennummer
	Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar	54.40.01.4

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:

 Name Institutionskennzeichen (sofern bekannt)

 Straße, Haus Nr.

 PLZ Ort

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.

 Ort, Datum Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- PG 54 bis maximal 40,-€ monatlich nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal 20,-€ monatlichen nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte/r
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte/r

 Datum IK-Nr. der Pflegekasse Stempel, Unterschrift Pflegekasse