

Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln

Antrag auf Kostenübernahme*

Stempel

Sanitätshaus H&R GmbH
 Glehner Weg 41
 41464 Neuss
 Fax: 02131-400510

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	
Pflegekasse, Versichertennummer	

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe PG 54) bis maximal 31,00 € bzw. bei Beihilfeberechtigten bis maximal 15,50 € monatlich. Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Packungs- inhalt	Artikel-Nr. / gewünschte Anzahl	werden benötigt	Preis/Einheit	genehmigt	Anzahl/Einheit
saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	50 Stück		<input type="checkbox"/>	21,54 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Fingerlinge	100 Stück		<input type="checkbox"/>	5,64 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Einmalhandschuhe Größe M	100 Stück		<input type="checkbox"/>	7,18 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Größe L	100 Stück		<input type="checkbox"/>			
Mundschutz	50 Stück		<input type="checkbox"/>	7,18 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 Stück		<input type="checkbox"/>	13,34 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	1 Stück		<input type="checkbox"/>	25,65 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Händedesinfektionsmittel	500 ml		<input type="checkbox"/>	8,21 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Flächendesinfektionsmittel	500 ml		<input type="checkbox"/>	6,16 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (Produktgruppe PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel	Packungs- inhalt	Artikel-Nr.	werden benötigt	Preis/Einheit*	genehmigt	Anzahl/Einheit
saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)			<input type="checkbox"/>	26,16 €	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Hiermit wird bestätigt, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

Datum / Unterschrift der/s Pflegebedürftigen
 bzw. deren ges. Vertreter/Betreuer

Genehmigungsvermerk:

- PG 54 bis € 31,00 monatlich
- PG 54 bis € 15,50 monatl. (Beihilfeberecht.)
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung (Beihilfeberechtigter)
- PG 51 ohne Zuzahlung (Beihilfeberechtigter)

IK der Pflegekasse

Blau = vom Antragsteller/Vertreter/Betreuer auszufüllen
 Grau = von der Pflegekasse auszufüllen

* § 78 Absatz 1 i. V. m. § 40 Absatz 2 SGB XI

Datum, Stempel/Unterschrift der Pflegekasse