



Sichern Sie sich jetzt 40 € Pflegehilfsmittel.

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI

Antrag auf Kostenübernahme

(Vor- und Nachname)

(Geburtstag)

(Pflegekasse, Versicherungsnummer)

(Straße, PLZ, Ort)

(Telefon)

(E-Mail)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

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

Zum Verbrauch bestimmte 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

■ 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/Körperhygiene	Positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar	51.40.01.4

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienst) verwendet werden dürfen.

(Datum, Unterschrift der/des Versicherten)