

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

Antrag auf Kostenübernahme

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Pflegekasse/ Versichertennummer)

(Anschrift: Straße:

PLZ:

Wohnort:

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. Darüberhinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input checked="" type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen wiederverwendbar	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input checked="" type="checkbox"/>	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.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
1	saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
VIVISOL Intensivservice GmbH Kronacherstraße 1 93057 Regensburg	590930469

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.

Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

IK 590930469

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung

bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 4 Abs. 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)