

## Antrag Pflegehilfsmittel (40€ -Pauschale)



### Angaben zur Versicherten/ Pflegebedürftigen Person

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 40€ monatlich/ bei Behilfanspruch maximal 20€ monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Hilfsmittelnummer
Bettschutzeinlagen (einmalgebrauch)		54.45.01.0001
Einmalhandschuhe		54.99.01.1001
Händedesinfektionsmittel		54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel		54.99.02.0002
Mundschutz		54.99.01.2001
Fingerlinge		54.99.01.0001
Schutzschürzen (einmalgebrauch)		54.99.01.3001
Schutzschürzen (wiederverwendbar)		54.99.01.3002

Ich beantrage zusätzlich Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/ Körperhygiene (Produktgruppe 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SBG XI vorliegt.

Wir benötigen \_\_\_\_\_ x wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (max. 3 Stück pro Jahr)

**Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer (keine Mehrfachauswahl möglich):**

**Löwen Apotheke, Salzufler Straße 10, 33719 Bielefeld, IK 303731705**

**Westfalen Apotheke, Amtmann-Bullrich-Straße 6, IK 303732660**

**Apotheke am Heeperholz, Heeperholz 1, 33719 Bielefeld, IK 303716012**

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 Versicherte(r) bzw. Bevollmächtigte(r): \_\_\_\_\_

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

<input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 AGB XI	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung (beihilfeberechtigt)
<input checked="" type="checkbox"/> PG 54 (Beihilfeberechtigt) bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 AGB XI	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung (beihilfeberechtigt)

Datum: \_\_\_\_\_

Genehmigungsnummer: \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift der Pflegekasse: \_\_\_\_\_