

# Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

## Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Frau  Herr Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Pflegestufe:  0  I  II  III

Telefon: \_\_\_\_\_ Pflegekasse: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 40,00 € monatlich / bei Beihilfeanspruch bis maximal 20,00 € monatlich, wie nachstehend aufgeführt. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Packungs- inhalt	Gewünschte Anzahl	Werden benötigt	Preise	Pflegehilfsmittel- positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	50 Stck.		<input type="checkbox"/>	€ 21,54	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe	100 Stck.		<input type="checkbox"/>	€ 7,18	54.99.01.1001
Mundschutz	50 Stck.		<input type="checkbox"/>	€ 7,18	54.99.01.2001
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 Stck.		<input type="checkbox"/>	€ 13,34	54.99.01.3001
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	1 Stck.		<input type="checkbox"/>	€ 25,65	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	500 ml		<input type="checkbox"/>	€ 8,21	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	500 ml		<input type="checkbox"/>	€ 6,16	54.99.02.0002

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10%, soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt. Bei Befreiung bitte dem Antrag eine Kopie Ihrer Befreiungskarte beilegen.

Artikel	Packungs- inhalt	Werden wie häufig benötigt	Preise	Pflegehilfsmittel- positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	1 Stck.	alle 6 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 12 Monate <input type="checkbox"/>	€ 26,16	51.40.01.4

Ich beauftrage die Sanitätshaus Brockers GmbH mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die Sanitätshaus Brockers GmbH, mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie - sofern vorhanden - meinen bisherigen Lieferanten. Meine Daten dürfen von der Sanitätshaus Brockers GmbH zum Zweck der Leistungserbringung genutzt werden. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt; Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen. **Die Hilfsmittel werden ausschließlich für meine private Pflege verwendet.**

**X** \_\_\_\_\_  
Datum

**X** \_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

<b>Wird von der Pflegekasse ausgefüllt</b>		<b>Sanitätshaus Brockers</b> IK Nr: 332 515 507
Genehmigungsvermerk der Pflegekasse:		
<input type="checkbox"/> PG 54 bis 40,00 € monatlich	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)
<input type="checkbox"/> PG 54 bis 20,00 € monatlich	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)
_____ Datum	_____ IK-Nr. der Pflegekasse	_____ Stempel der Pflegekasse / Unterschrift