



# Ihr Antrag auf Kostenübernahme

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI



Gesund ist bunt

**APOTHEKEN**

## Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Vorname	Nachname
Straße, Nr.		PLZ, Ort	
Geb.-Datum	Pflegegrad vorhanden	ja	nein
Telefon		E-Mail	
Pflegekasse		Versicherten-Nr.	

## Antrag auf Kostenübernahme

für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI/ Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

### Verbrauchshilfsmittel (PG 54)

Artikel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Händedesinfektionsmittel		54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel		54.99.02.0002
Schutzschürzen, Einmalgebrauch		54.99.01.3001
Schutzschürzen, wiederverwendbar		54.99.01.3002
Schutzlätzchen, Einmalgebrauch		54.99.01.4000
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch		54.45.01.0001
Fingerlinge		54.99.01.0001
Einmalhandschuhe S M L XL		54.99.01.1001
Mundschutz		54.99.01.2001

für Pflegehilfsmittel unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

### Körperpflege / Körperhygiene (PG 51)

Artikel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Bettschutzaufgabe, waschbar		51.40.01.4

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich stimme zu, dass die unten genannte Firma meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Lieferung o.g. Pflegehilfsmittel, der Kostenübernahme sowie der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse erheben und nutzen darf. Bitte hinterlegen Sie die unten genannte Firma mit Eingang dieses Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene, andere Lieferanten. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

**bitte unterschreiben**

Ort Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

## Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/  
Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/  
Beihilfeberechtigter

Datum

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)

Stempel Angestellter

IK-NR.:



So füllen Sie Ihren Antrag auf Kostenübernahme richtig aus.

## Ausfüllanleitung für das Formular zur Kostenübernahme



Gesund ist bunt

APOTHEKEN

## Antrag auf Kostenübernahme

1. Persönliche Daten des zu Pflegenden
2. Damit Sie zukünftig zwischen allen Produkten frei wählen und ggf. zwischen den Paketen wechseln können, ist es notwendig, dass Sie möglichst alle Produkte auswählen, auch wenn Sie diese jetzt noch nicht beziehen wollen.
3. Benötigen Sie auch waschbare Bettschutzauflagen, dann kreuzen Sie bitte „Ja“ an und geben die Menge an.
4. Ort/Datum und Unterschrift
5. Diese Bereiche nicht ausfüllen. Diese Bereiche werden von Ihrer Pflegekasse ausgefüllt.

**Ihr Antrag auf Kostenübernahme**  
zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln  
(gemäß § 37a Absatz 7 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI)

**Versicherte/r** (vom Versicherten oder dem gesetzlichen Betreuer auszufüllen)  
 Frau  Herr Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Pflegegrad vorhanden  ja  nein  
Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

**Antrag auf Kostenübernahme**  
 für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis maximal drei monatliche Höchstbeträge nach § 40 Abs. 2 SGB XI (behaltendwendung)  
(für maximal vier Monate des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.)

Artikel	Zuhilfenendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionnummer
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0003
Schutzschürzen, wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0004
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0005
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0006
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/> für Pflegehilfsmittel unter Absatz eins (Estermehl von 10 kg u. H. - sowie kein Einmalgebrauch nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt)		

**Körperpflege / Körperhygiene (PG 51)**  
Artikel: \_\_\_\_\_  
Bettschutzauflage, waschbar  Zuhilfenendes ankreuzen  Pflegehilfsmittelpositionnummer: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift bestätigen Sie die gewünschten Produkte, die Ihren Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Bitte im Rahmen des Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich stimme zu, dass die unten genannte Firma meine personenbezogenen Daten für den Zweck der Kostenübernahme sowie der Abrechnung der Kosten an mich mit meiner Pflegekasse erhalten und nutzen darf. Bitte bestätigen Sie mir mit Eingang dieses Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene Artikel. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten: \_\_\_\_\_ *Bitte unterschreiben*

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse** (von der Pflegekasse auszufüllen)  
 PG 54 bis maximal drei monatl. Höchstbeträge  
 PG 54 behaltendwendung bis maximal vier Monate des monatlichen Höchstbetrages  
 PG 51 ohne Zuschlag  
 PG 51 mit Zuschlag  
 PG 51 ohne Zuschlag/behaltendwendung  
 PG 51 ohne Zuschlag/behaltendwendung

Stempel Angebots: \_\_\_\_\_  
K-Nr.: \_\_\_\_\_  
(K der Pflegekasse, Stempel der Pflegekasse, Unterschrift)

Sie haben noch Fragen?

Wir helfen Ihnen gerne weiter. Rufen Sie uns an.



**Unsere Servicehotline**  
**0451 - 29 22 08 28**