

**Antrag auf Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel**

gem. 78 Abs. 1 i.V. m. § 40 Abs. 2 SGB XI

Frau    Herr   Geburtsdatum:

Name:       Versicherungsnummer:

Vorname:       Pflegekasse:

Straße, Hausnummer:       PLZ:

Wohnort:       Telefonnummer:

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 40,00 EUR monatlich, bei Beihilfeberechtigung 20,00 EUR monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Pflegehilfsmittel	Menge	Auswahl	Einzelpreis EUR	Preis EUR
Einmal-Bettschutzeinlagen (25 Stk.)		<input type="checkbox"/>	10,75	
Einmal-Handschuhe (100 Stk.) <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL		<input type="checkbox"/>	6,95	
Einmal-Mundschutz (50 Stk.)		<input type="checkbox"/>	6,95	
Einmal-Schutzschürzen (100 Stk.)		<input type="checkbox"/>	11,90	
Hände-Desinfektionsmittel (500ml)		<input type="checkbox"/>	7,90	
Flächen-Desinfektionsmittel (500ml)		<input type="checkbox"/>	6,16	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch den Pflegedienst) verwendet werden.

\_\_\_\_\_  
(Datum und Unterschrift des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)**

- PG 54 bis zu 40,00 EUR monatlich  
 PG 54 bis zu 20,00 EUR monatlich/Beihilfeberechtigung

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)