

**Antrag auf Kostenübernahme**

<b>Name, Vorname</b>		<b>Geburtsdatum</b>	
<b>Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort</b>			
<b>Pflegekasse</b>		<b>Versichertennummer</b>	

**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. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zutreffendes ankreuzen	zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
<input type="checkbox"/>	saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	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/ -hygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4

<b>Leistungserbringer</b>	Ludgeri Apotheke, Windthorststraße 65, 48143 Münster, IK-Nr. 303709785
---------------------------	--

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.

<b>Ort, Datum</b>	
<b>Unterschrift der/des Versicherten</b>	

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse	
<input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung
<input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung
	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
Datum	
IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift	