

Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln entsprechend Pflegeversicherungsgesetz – PflegeVG § 78 Abs. 1 i. V. m. § 40 SGB XI

Sie benötigen für die ordnungsgemäße Pflege Pflegehilfsmittel für den einmaligen Gebrauch. Wir empfehlen folgende Verfahrensweise:

1. Mit beiliegendem Formular sind zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel zunächst bei uns zu beantragen. Der monatliche Bedarf darf 40,00 € nicht übersteigen.
2. Die Pflegekasse überprüft gem. § 40 Abs. 1 SGB XI die Notwendigkeit der Versorgung mit den beantragten Pflegehilfsmitteln und bescheinigt diese auf dem Antrag. Kein Lieferant darf diese Produkte ohne Genehmigung zu Lasten der Pflegekasse ausliefern.
3. Bitte wenden Sie sich an einen Leistungserbringer Ihrer Wahl (z.B. Sanitätshaus, Apotheke).
4. Sie bescheinigen dem Lieferanten den ordnungsgemäßen Empfang der Ware und dieser rechnet dann direkt mit uns ab.

Haben Sie Fragen oder benötigen Sie weitere Informationen, rufen Sie uns gerne an!

Antrag auf Kostenübernahme

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertenr.
Straße	PLZ	Wohnort

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.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Medizinische Gesichtsmasken	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2- oder vergleichbare Masken)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.5001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Händedesinfektionstücher	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionstücher	<input type="checkbox"/>	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/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)

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 und Unterschrift der/des Versicherten)

.....

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)

182122660 _____

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)