

Antrag auf verbrauchbare Pflegehilfsmittel und waschbare Bettschutzeinlagen

Vorname, Name

Geburtsdatum

Anschrift

Krankenversicherternummer

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis max. des monatlichen Höchstbetrages von 40 EUR nach § 40 Abs. 2 SGB XI (bei Beihilfeberechtigung bis max. der Hälfte des Höchstbetrages). Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen

zum Verbrauch bestimmtes Pflegemittel	Pfleagemittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001
Fingerlinge	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002
Schutzservietten - Einmalgebrauch	54.99.01.4001
Partikelfiltrierende Halbmasken (z. B. FFP-2)	54.99.01.5001
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt

Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pfleagemittelpositionsnummer
1	2 Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift

Institutionskennzeichen

Ich wurde vor der Übergabe der Pflegehilfsmittel von dem genannten Leistungserbringer umfassend über die für meine konkrete Versorgungssituation geeigneten, mehrkostenfreien und notwendigen Produkte und Versorgungsmöglichkeiten am persönlich bzw. telefonisch beraten.

Datum

Unterschrift pflegebedürftige oder bevollmächtigte Person bzw. Betreuer*in

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.