

## Antrag auf Kostenübernahme

(Patient)

(Geburtsdatum) (Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift des Patienten)

Ich beantrage Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximaldes 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.

Artikel:	Menge/ Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen		Anzahl/ Einheit	Nur von der Pflegekasse auszufüllen		Genehmigt bis
		benötigt werden:			Genehmigt werden:		
		ja	nein		ja	nein	
Saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch -	50 Stck.						
Fingerlinge	100 Stck.						
Einmalhandschuhe	100 Stck.						
Mundschutz	50 Stck.						
Schutzschürzen - Einmalgebrauch -	100 Stck.						
Schutzschürzen - wiederverwendbar-	pro Stck.						
Händedesinfektionsmittel	500ml						
Flächendesinfektionsmittel	500ml						

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel:	Menge/ Preis	benötigt werden:		Anzahl/ Einheit	Genehmigt werden:		Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein	
Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar -	pro Stck.						

- durch folgenden Leistungserbringer:

**Park-Apotheke, Mondstr. 81, 48155 Münster**

**303733353**

(Name und Anschrift)

(Institutionskennzeichen)

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.**

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

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

- PG 51 mit Zuzahlung  
 PG 51 ohne Zuzahlung  
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter  
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)