

**Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln  
gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI**

## Antrag auf Kostenübernahme

.....  
 (Name, Vorname) (Geburtsdatum) (Pflegekasse, Versichertennummer)

.....  
 (Anschrift: 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 checked="" type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input checked="" 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
2	saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4

- durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
MCS Medical Center Südwestfalen GmbH & Co. KG, Bühler Höhe 5, 57258 Freudenberg	IK-Nr. 330594974

**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.**

.....  
 (Ort und Datum) (Unterschrift Versicherter/Bevollmächtigter)

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

- PG 54  
 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages  
 nach § 40 Abs. 2 SGB XI

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

- PG 54 Beihilfeberechtigung  
 bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages  
 nach § 40 Abs. 2 SGB XI

.....  
 (Datum) (IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)