

# Antrag auf Kostenübernahme

Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Absatz 1 i.V.m. § 40 Absatz 2 SGB XI

\* Vom Antragsteller / Vertreter / Betreuer auszufüllen

(Patient) \*

(Geburtsdatum) \*

(Pflegekasse, Versichertennummer) \*

(Anschrift des Patienten) \*

Ich beantrage Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrags § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.\*

Artikel:	Menge/ Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen			Nur von der Pflegekasse auszufüllen			
		benötigt werden:*		Anzahl/ Einheit	Genehmigt werden:		Anzahl/ Einheit	Genehmigt bis
		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. \*Bei Bedarf

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

Durch folgenden Leistungsbringer:

**Hohenzollern Apotheke \***

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>am Ring</b><br>Hohenzollernring 59<br>48145 Münster<br>Tel.: 0251 2007800<br>IK-Nr.: 303708886 | <input type="checkbox"/> <b>im Marktkauf</b><br>Loddenheide 5<br>48155 Münster<br>Tel.: 0251 60933240<br>IK-Nr.: 303729175 | <input type="checkbox"/> <b>am Pantaleonplatz</b><br>Pantaleonplatz 3<br>48161 Münster<br>Tel.: 02534 6465455<br>IK-Nr.: 303733967 | <input type="checkbox"/> <b>Sterilherstellung</b><br>Hohenzollernring 57<br>48145 Münster<br>Tel.: 0251 20078025<br>IK-Nr.: 303730566 |
|--|--|--|---|

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**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 40,00 € monatlich                      | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung                       |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 20,00 € monatlich/Beihilfeberechtigung | <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)