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

Antrag auf Kostenübernahme

Name, Vorname | Geburtsdatum | Pflegekasse, Versichertennummer

Anschrift: Straße, PLZ, Ort

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. Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch	☐	54.45.01.0001
Fingerlinge	☐	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	☐	54.99.01.1001
Mundschutz	☐	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	☐	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	☐	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	☐	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	☐	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	Pflegehilfsmittelkompositionsnummer
	Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4

☒ durch folgenden Leistungserbringer:

Curro Med GmbH
Konrad-Zuse-Straße 12
66459 Kirkel

Telefon: 06849/750 440
E-Mail: info@curro-med.de

Institutionskennzeichen:
331003481

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 des/der Versicherten

Genehmigungsvermerk mit der Pflegekasse

☐ PG 54
Bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Abs. 2 SGB XI

☐ PG 54 Beihilfeberechtigung
Bis maximal der Hälfte 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

Datum, IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift