

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

Antrag auf Kostenübernahme

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Pflegekasse, Versichertennummer

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG) 54 - bis maximal 40,- EUR / bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,- EUR monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Menge / Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen		Anzahl/ Einheit	Nur von der Pflegekasse auszufüllen		Anzahl/ Einheit
		Benötigt werden			Genehmigt werden		
		ja	nein		ja	nein	
saugende Bettschutzunterlagen Einmalgebrauch	50 Stück à 20,50 EUR						
Fingerlinge	100 Stück à 5,00 EUR						
Einmalhandschuhe	100 Stück à 6,50 EUR						
Mundschutz	50 Stück à 7,00 EUR						
Schutzschürzen Einmalgebrauch	100 Stück à 12,50 EUR						
Schutzschürzen wiederverwendbar	pro Stück à 25,00 EUR						
Händedesinfektionsmittel	500 ml à 8,00 EUR						
Flächendesinfektionsmittel	500 ml à 6,00 EUR						

Ich beantrage die Kostenübernahme für 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.

Artikel	Menge / Preis	Benötigt werden		Anzahl/ Einheit	Genehmigt werden		Anzahl/ Einheit
		Benötigt werden			Genehmigt werden		
		ja	nein		ja	nein	
saugende Bettschutzunterlagen wiederverwendbar	pro Stück à 25,00 EUR						

Leistungserbringer: **MediKa**
Agneta Kallweit e.K.
Rapsacker 12 a, 23556 Lübeck
IK-NR: 330103878

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis zu 40,- € monatlich
 PG 54 bis zu 20,- € monatlich/ Beihilfe
 PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfe
 PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfe

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

Datum und Unterschrift des/r Pflegebedürftigen/
deren ges. Vertreter/ Betreuer

IK der Pflegekasse, Stempel und
Unterschrift