

# Ihr Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

## Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Vorname	Nachname
Straße, Nr.	PLZ, Ort
Geb.-Datum	Pflegegrad* <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon	E-Mail
Pflegekasse	Versicherten-Nr.

\* **Hinweis:** Bitte beachten Sie, dass Sie aufgrund des Pflegestärkungsgesetz II 2017 Ihren Pflegegrad angeben. Nur bei **bestehendem Pflegegrad** werden die Kosten von Ihrer Pflegekasse übernommen.  Ich werde zur Zeit nicht mit diesen Produkten versorgt.

## Antrag auf Kostenübernahme

für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis max. des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI/ Beihilfeberechtigung bis max. der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (PG 54)		vom Versicherten auszufüllen
Artikel	Pflegehilfsmittelpositionsnr.	zutreffendes ankreuzen:
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/>
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	54.99.01.1001	<input type="checkbox"/>
Saugende Bettschutzauflagen, Einmalgebrauch	54.45.01.0001	<input type="checkbox"/>
Schutzlätzchen, Einmalgebrauch	54.99.01.5001	<input type="checkbox"/>
Mundschutz	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.3002	<input type="checkbox"/>
Fingerlinge	54.99.01.0001	<input type="checkbox"/>

für Pflegehilfsmittel (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel (PG 51)		vom Versicherten auszufüllen
Artikel	Pflegehilfsmittelpositionsnr.	zutreffendes ankreuzen:
Bettschutzauflage, waschbar	51.40.01.4	<input type="checkbox"/>

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen.



Ort / Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

## Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- PG 54 bis max. des monatl. Höchstbetrages  
 PG 54 Beihilfeberechtigung bis max. der Hälfte des monatl. Höchstbetrages  
 PG 51 ohne Zuzahlung  
 PG 51 mit Zuzahlung  
 PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfeberechtigter  
 PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfeberechtigter

Datum

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)

[www.sh-vita.de](http://www.sh-vita.de)