

## Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1 in  
Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI (Anlage 4)

**Versicherter:** \_\_\_\_\_ **(vom Versicherten/bevollmächtigten Betreuer auszufüllen.)**

Name: \_\_\_\_\_ Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG54) - bis max. 40,00 €/bei Beihilfeberechtigung bis max. 20,00 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Menge	Vom Pflegebedürftigen auszufüllen			Von der Pflegekasse auszufüllen		
		Ja	Nein	Anzahl	Ja	Nein	Anzahl
Saugende Bettschutzeinlagen Mind. 60x90cm (Einmalgebrauch)	50 Stk. 21,54 €	X					
Fingerlinge	100 Stk. 5,64 €	X					
Einmalhandschuhe puderfrei Größe S,M,L,XL	100 Stk. 7,18 €	X					
Mundschutz (Einmalgebrauch)	50 Stk. 7,18 €	X					
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 Stk. 13,34 €	X					
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	pro Stk. 25,65 €						
Händedesinfektionsmittel Keimvermindernde Wirkung	500 ml 8,21 €	X					
Flächendesinfektionsmittel Keimvermindernde Wirkung	500 ml 6,16 €	X					

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (PG51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Saugende Bettschutzeinlagen (Wiederverwendung)	Pro Stk. 26,16 €						
---	---------------------	--	--	--	--	--	--

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante Pflege verwendet werden. Ich beauftrage die Adler Apotheke Rostock mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse.**

Genehmigungsvermerke Pflegekasse:

- PG 54 bis 40,00 € monatlich
- PG 54 bis 20,00 € monatlich
- PG 51 mit Eigenanteil
- PG 51 ohne Eigenanteil

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift Pflegebedürftige(r) / Bevollmächtigte(r)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
IK der Pflegekasse/Stempel/Unterschrift

