

Antrag auf Kostenübernahme

ANTRAGSSTELLER/VERSICHERTER

Vorname	<input type="text"/>	Nachname	<input type="text"/>
Straße	<input type="text"/>	Hausnr.	<input type="text"/>
PLZ	<input type="text"/>	Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	E-Mail	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>		
Pflegekasse	<input type="text"/>	Versichertenr.	<input type="text"/>
Pflegegrad	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
		4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

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. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

ZUM VERBRAUCH BESTIMMTE PFLEGEHILFSMITTEL	PFLEGEHILFSMITTELPOSITIONSNUMMER
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
Mundschutz	54.99.01.2001
Schutzschürzen Einmalgebrauch	54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene Produktgruppe (PG 51) unter Abzug der Zuzahlung von 10 % der Kosten, soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

PFLEGEHILFSMITTEL ZUR KÖRPERPFELGE/KÖRPERHYGIENE	PFLEGEHILFSMITTELPOSITIONSNUMMER
Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4

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.

Ich beauftrage die Mediq Deutschland GmbH mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse.

Datum

Ort

Unterschrift des Versicherten

GENEHMIGUNGSVERMERK 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

Ort

IK der Pflegekasse, Stempel Unterschrift