



Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln

Antrag auf Kostenübernahme

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

Versicherte/r | Pflegebedürftige/r

Name, Vorname:

Geboren am:

Adresse (Ort, PLZ):

Pflegegrad:

Versichert bei (Krankenkasse) unter der Versichertennummer

Eine Zuzahlungsbefreiung liegt vor?

Ja (bitte Kopie mit dem Antrag einreichen) Nein

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. (Paketpreise abweichend)

Wird benötigt	Artikel	POS
<input type="checkbox"/>	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe <input type="checkbox"/> XS <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen - wiederverwendbar	
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	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.

Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar – 51.40.01.4000

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt.

Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Meine Daten dürfen für den Zweck und Dauer der Leistungserbringung genutzt werden.

Abtretungserklärung/Nutzungsbedingungen (zur Abrechnung mit der Pflegekasse notwendig):

Hiermit trete ich als Antragsteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die **Curmundo Pflegebedarf GmbH**, Mainzerstraße 81, 65189 Wiesbaden, **Institutionskennzeichen 330601882** ab.

Bitte hier unterschreiben

Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. deren ges. Vertreter

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