

# Ihr Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln



**Versicherte:r** (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Herr  Frau

Vorname\*  Nachname\*  Geb.-Datum\*

Straße, Hausnummer\*  PLZ\*  Ort/Land\*

Telefon\*  E-Mail\*

Pflegekasse\*  Versicherten-Nr.\*

1  2  3  4  5

**Pflegegrad bitte ankreuzen.**

**Antrag auf Kostenübernahme** für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI/ Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (PG 54)		Benötigt*	Genehmigt**		Genehmigt bis**
<b>Händedesinfektionsmittel</b>	54.99.02.0001	Stck.	Ja	Nein	
<b>Flächendesinfektionsmittel</b>	54.99.02.0002	Stck.	Ja	Nein	
<b>Schutzschürzen</b> (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001	Stck.	Ja	Nein	
<b>Schutzschürzen</b> (wiederverwendbar)	54.99.01.3002	Stck.	Ja	Nein	
<b>Saugende Bettschutzauflagen</b>	54.45.01.0001	Stck.	Ja	Nein	
<b>Einmalgebrauch Fingerlinge</b>	54.99.01.0001	Stck.	Ja	Nein	
<b>Einmalhandschuhe</b>	54.99.01.1001	Stck.	Ja	Nein	
<b>Mundschutz</b>	54.99.01.2001	Stck.	Ja	Nein	

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

Verbrauchshilfsmittel (PG 51)		Benötigt*	Genehmigt**		Genehmigt bis**
<b>Bettschutzauflage, waschbar</b>	51.40.01.4000	Stck.	Ja	Nein	

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen. Ich stimme zu, dass die Adler Apotheke meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Lieferung o.g. Pflegehilfsmittel, der Kostenübernahme sowie der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse erheben und nutzen darf. Eine Weitergabe personenbezogener Daten an Dritte erfolgt nur mit meiner ausdrücklichen Zustimmung. Bitte hinterlegen Sie die Adler Apotheke mit Eingang dieses Schreibens als meinen Lieferanten für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene, andere Lieferanten. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse\*\*

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

Ort/Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Datum und IK-NR.

\* Vom Versicherten auszufüllen \*\* Von der Pflegekasse auszufüllen