

# Antrag zur Kostenübernahme

## Versorgung mit zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel

gemäß §78 Abs.1 i. V. m. §40 Abs. 2 SGB XI

**Multifit**  
Das Sanitätshaus



### Kundendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_  
 Pflegekasse: \_\_\_\_\_  
 Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Pflegegrad:  1  2  3  4  5

### Lieferdaten der monatlichen Versorgung

Pflegedienst, WG, etc.: \_\_\_\_\_  
 Name, Vorname: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) bis maximal 40,00 € / bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Menge / Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen			Nur von der Pflegekasse auszufüllen		
		benötigt werden:		Anzahl / Einheit	genehmigt werden:		Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein	
Saugende Bettschutzeinlagen-Einmalgebrauch							
Fingerlinge							
Einmalhandschuhe Größe <input type="checkbox"/> S / <input type="checkbox"/> M / <input type="checkbox"/> L							
Mundschutz							
Schutzschürzen-Einmalgebrauch							
Schutzschürzen-wiederverwendbar							
Händedesinfektionsmittel							
Flächendesinfektionsmittel							

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene Produktgruppe (PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung (eines Eigenanteils) von 10 v. H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel	Menge / Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen			Nur von der Pflegekasse auszufüllen		
		benötigt werden:		Anzahl / Einheit	genehmigt werden:		Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein	
Saugende Bettschutzeinlagen-wiederverwendbar							

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

(Ort, Datum, Unterschrift Pflegebedürftige/r bzw. Bevollmächtigte/r)

### Genehmigungsvermerk (von der Pflegekasse auszufüllen)

- PG 51 mit Zuzahlung  
 PG 51 ohne Zuzahlung  
 PG 51 mit Zuzahlung (Beihilfeberechtigter)  
 PG 51 ohne Zuzahlung (Beihilfeberechtigter)  
 PG 54 bis 40,00 € monatlich  
 PG 54 bis 20,00 € monatlich (Beihilfeberechtigter)

(Ort, Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)