

# Antrag auf Kostenübernahme

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

## Name der/des Versicherten:

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_  
 Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Kundennummer: \_\_\_\_\_  
 Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

## Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge / Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück		
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück		
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück		
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück		
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück		
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück		
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück		
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück		
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml		Bei 500 ml bitte den Faktor 5, bei 1000 ml den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml		
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück		
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück		

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge / Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4126 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück		

## durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)			Institutionskennzeichen
<b>Krieger Patientenversorgung GmbH</b> David-Roentgen-Str. 2-4 56073 Koblenz	Tel.: Fax: E-Mail:	0261 46091 96 0261 46091 55 sanitaetshaus@krieger-gesundheit.de	330710178

- Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels / der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber
- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation
  - geeignet und notwendig sind,
  - die ich ohne Mehrkosten erhalten kann

Form des Beratungsgesprächs:  Beratung in den Geschäftsräumen  
 Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z.B. Videochat)  
 Beratung in der Häuslichkeit

Der o.g. Leistungserbringer hat  mich persönlich und / oder  
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter / Bevollmächtigter oder Angehörigen)

beraten.

\_\_\_\_\_  
Datum der Beratung

\_\_\_\_\_  
Beratende/r Mitarbeiter/in

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.**
- Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüberhinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

**X**

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift der / des Versicherten\***

\*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

- PG 51 mit Zuzahlung  
 PG 51 ohne Zuzahlung  
 PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter  
 PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter
- PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI  
 PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Vorname: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_ Kundennummer: \_\_\_\_\_