

# Antrag auf Kostenübernahme

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI

|                               |                |               |                      |
|-------------------------------|----------------|---------------|----------------------|
| (Name, Vorname)               | (Geburtsdatum) | (Pflegekasse) | (Versichertennummer) |
| (Anschrift: Straße, PLZ, Ort) |                |               | (Kundennummer)       |

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 hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

| zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel  | zutreffendes ankreuzen   | Pflegehilfsmittelpositionsnummer |
|--------------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch | <input type="checkbox"/> | 54.45.01.0001                    |
| Fingerlinge                                | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.0001                    |
| Einmalhandschuhe S [ ] M [ ] L [ ] XL [ ]  | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.1001                    |
| Medizinische Gesichtsmasken                | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.2001                    |
| Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2)     | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.5001                    |
| Schutzschürzen - Einmalgebrauch            | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.3001                    |
| Schutzschürzen - wiederverwendbar          | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.3002                    |
| Schutzservietten zum Einmalgebrauch        | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.4001                    |
| Händedesinfektionsmittel                   | <input type="checkbox"/> | 54.99.02.0001                    |
| Flächendesinfektionsmittel                 | <input type="checkbox"/> | 54.99.02.0002                    |
| Händedesinfektionstücher                   | <input type="checkbox"/> | 54.99.02.0014                    |
| Flächendesinfektionstücher                 | <input type="checkbox"/> | 54.99.02.0015                    |

- ☐ 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.

| benötigte Stückzahl | Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene                                                            | Pflegehilfsmittelpositionsnummer |
|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|                     | Saugende Bettschutzeinlagen (Ohne Stecktuch) - wiederverwendbar<br>Ohne Eigenanteil                         | 51.40.01.4                       |
|                     | Saugende Bettschutzeinlagen (Mit Stecktuch) - wiederverwendbar<br>Mit Eigenanteil in Höhe von 5,95 € brutto | 51.40.01.4                       |

- ☒ durch folgenden Leistungserbringer:

| Name und Anschrift                                                                                                             | Institutionskennzeichen (sofern bekannt) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Hauschild Hygieneprodukte GmbH, Scheeren 9, 28865 Lilienthal,<br>Fax: 042 98 – 93 59 7317, E-Mail: info@hauschild-home-care.de | 330330851                                |

- ☐ 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/Bevollmächtigten oder Angehörigen) beraten.

Datum der Beratung:

\_\_\_\_\_

Kundennummer:

\_\_\_\_\_

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. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

\_\_\_\_\_  
(Datum und 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 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)

\_\_\_\_\_  
(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)