

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME PG 51

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

Diesen Antrag können Sie auch digital ausfüllen.



Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnr.

PLZ

Ort

Pflegekasse

Versichertennummer

1 2 3 4 5
Pflegegrad

Telefonnummer

E-Mail

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 Euro v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperhygiene	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (Wiederverwendbar)	<input type="checkbox"/>	51.40.01.4 _ _ _ _
	Anzahl / Einheit	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	

- durch folgenden Lesitungserbringer

Name und Anschrift	Kontaktnden	Institutionskennzeichen
hygienepaket c/o semamed GmbH Überseeallee 1 20457 Hamburg	Tel.: 0800 - 816 816 0 Email: hallo@hygienepaket.de	330205882

X

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten) bzw. Bevollmächtigten

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse:

- PG51** mit Zuzahlung
 PG51 ohne Zuzahlung
 PG51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
 PG51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

Datum, IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift