

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

1
  2
  3
  4
  5

**Ich beantrage die Kostenübernahme für:**

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppen (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 hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

| Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel    | Zutreffendes ankreuzen   | Pflegehilfsmittelpositionsnummer |
|--|--------------------------|----------------------------------|
| Einmalhandschuhe 100 Stück                   | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.1001                    |
| Schutzschürzen (Einmalgebrauch) 100 Stück    | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.3001                    |
| Handdesinfektionsmittel 500 ml               | <input type="checkbox"/> | 54.99.02.0001                    |
| Flächendesinfektionsmittel 500 ml            | <input type="checkbox"/> | 54.99.02.0002                    |
| Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 25 Stück | <input type="checkbox"/> | 54.45.01.0001                    |
| Mundschutz 50 Stück                          | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.2001                    |
| FFP2- oder vergleichbare Masken              | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.5001                    |
| Fingerlinge 100 Stück                        | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.0001                    |
| Wiederverwendbare Schutzschürzen             | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.3002                    |

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

| Pflegehilfsmittel zur Körperhygiene            | Zutreffendes ankreuzen   | Pflegehilfsmittelpositionsnummer |
|--|--------------------------|----------------------------------|
| Saugende Bettschutzeinlagen (Wiederverwendbar) | <input type="checkbox"/> | 51.40.01.4084                    |

durch folgenden Leistungserbringer:

| Name und Anschrift   | Institutionenkennzeichen |
|--|--------------------------|
| hygienepaket c/o semamed GmbH<br>Überseeallee 1<br>20457 Hamburg | 330205882                |

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten) bzw. Bevollmächtigten  
Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte auch kostenlos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse:**

PG54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG54 Beihilfeberechtigung bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG51 mit Zuzahlung

PG51 ohne Zuzahlung

PG51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigung

PG51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigung

Datum, IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift

## 1 Versicherte/r: Persönliche Daten des Versicherten



## 2 Pflegehilfsmittel: Im Antrag zur Kostenübernahme sind bereits alle verfügbaren Pflegehilfsmittel vorausgewählt. Dies ermöglicht einen unkomplizierten Produktwechsel bei Bedarf, ohne dass Sie den Antrag erneut bei Ihrer Pflegekasse stellen müssen.

## 3 Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen: Falls Sie die wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen kostenfrei ohne Zuzahlung beantragen möchten, bitte hier ankreuzen.

## 4 Stückzahl: Bitte markieren Sie zusätzlich, wie viele dieser Bettschutzeinlagen Sie pro Jahr benötigen. **Unser Tipp:** Entscheiden Sie sich für 4x Bettschutzeinlagen, um einen häufigeren Wechsel zu ermöglichen.

## 5 Hinweis: Datum und Unterschrift nicht vergessen. Der sich darunter befindende Abschnitt wird von der Pflegekasse ausgefüllt.

### Wichtig!

Bitte schicken Sie uns das vollständig vom Versicherten (oder einer bevollmächtigten Person) ausgefüllte und unterzeichnete Antragsformular (vorzugsweise per E-Mail) zurück. Wir werden Ihren Antrag auf Kostenübernahme bei Ihrer Pflegekasse einreichen.

**per E-Mail:** [hallo@hygienepaket.de](mailto:hallo@hygienepaket.de)  
**per Fax:** +49 40 468989789  
**per Post:**  
 hygienepaket c/o semamed GmbH  
 Esplanade 40  
 20354 Hamburg