



# Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln Antrag auf Kostenübernahme

**Versicherte/r Pflegebedürftige/r**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Versichertennummer \_\_\_\_\_  
 Pflegegrad  1  2  3  4  5  
 Eine Zuzahlungsbefreiung  Ja (bitte Kopie mit dem Antrag einreich  
 liegt vor?  Nein

**Ich beantrage die Kostenübernahme für:**

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - (Produktgruppe 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.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Packungs- inhalt	Bitte zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittel- positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60x90 cm (Einmalgebrauch)	25 Stück	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge puderfrei	50 Stück	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe XS <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL <input type="radio"/> puderfrei	100 Stück	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	50 Stück	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen wasserfestes/-abweisende Folienmaterial (Einmalgebrauch)	100 Stück	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	500 ml	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	500 ml	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

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

<input type="checkbox"/> Saugende Bettschutzeinlage wasch- und wiederverwendbar		51.40.01.4
--	--	------------

**Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leitungserbringer**

Mediboox Pflegehilfsmittel  
Adolf-Brochhaus-Straße 111  
41065 Mönchengladbach

Institutionskennzeichen:  
IK 330503689

Tel.: 02161 - 678 15 03  
Fax: 02161 - 678 63 62  
Mobil: 0176-74707670

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

\_\_\_\_\_  
 Datum Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

- PG 54 bis € 40 monatlich  PG 54 bis € 20 monatlich  PG 51 mit Zuzahlung  
 PG 51 ohne Zuzahlung  PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)  PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

\_\_\_\_\_  
 Datum IK-Nr. der Pflegekasse Stempel/Unterschrift