

QM-Handbuch	Prozess 5.10 Hilfsmittelversorgung	Stand: 01.07.2024
Moosloh-Apotheke Mooslohstraße 56 92637 Weiden	Anlage 3	 MOOSLOH APOTHEKE

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. §78 Absatz 1 i.V.m. §40 Absatz 2 SGB XI

Antrag auf Kostenübernahme

Name, Vorname, Geburtsdatum

Pflegekasse, Versichertennummer

Anschrift

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

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

Zum Verbrauch bestimmtes Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen - einmalgebrauch	<input type="radio"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="radio"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="radio"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="radio"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – einmalgebrauch	<input type="radio"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar	<input type="radio"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="radio"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="radio"/>	54.99.02.0002

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/körperhygiene (PG51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Absatz 3 Satz 5 SGB XQ vorliegt.

Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4

Durch folgenden Leistungserbringer:

Name, Anschrift	IK (sofern bekannt)

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

Datum, Unterschrift (Versicherte/r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | | |
|---|-----------------------|--|
| <input type="radio"/> PG 54 bis max. des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | <input type="radio"/> | PG 51 ohne Zuzahlung |
| <input type="radio"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis max. der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | <input type="radio"/> | PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| | <input type="radio"/> | PG 51 ohne Zuzahlung |
| | <input type="radio"/> | PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

Datum

IK Pflegekasse, Stempel, Unterschrift