

## Antrag auf Kostenübernahme

.....  
(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

.....  
(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

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	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

- 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 – wiederverwendbar	51.40.01.4

- durch folgenden Leistungserbringer:

**Biognost e.K. – Inh. Helmut Ling • IK 332513958**  
**Hafelsstr. 15 • 47807 Krefeld**  
**Tel. 02151 / 45 49 981 • Fax 02151 / 45 49 983**

Mit meiner Unterschrift versichere ich, mit den beantragten Produkten bisher nicht von einem anderen Anbieter versorgt zu werden bzw. in der Vergangenheit versorgt worden zu sein.

Der Pflegegrad 1 – 5 der Pflegekasse liegt vor.

Die Versorgung findet im häuslichen Umfeld statt. Die gelieferten Produkte dürfen ausnahmslos nur für die private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden.

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

### 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)