



Anlage 4 zum 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: Straße, PLZ; Wohnort

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG54) – bis maximal 40,00 € / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen

Artikel	Menge/ Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen			Nur von der Pflegekasse auszufüllen			
		benötigt werden:		Anzahl/ Einheit	genehmigt werden:		Anzahl/ Einheit	Genehmigt bis
		ja	Nein		ja	nein		
saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	50 Stück							
Fingerlinge	100 Stück							
Einmalhandschuhe	100 Stück							
Mundschutz	50 Stück							
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	100 Stück							
Schutzschürzen – Wiederverwendbar	pro Stück							
Händedesinfektionsmittel	500 ml							
Flächendesinfektionsmittel	500 ml							

- Pflegehilfsmittel zur Körperhygiene (PG51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt

Artikel	Menge/ Preis	benötigt werden:		Anzahl/ Einheit	genehmigt werden:		Anzahl/ Einheit	Genehmigt bis
		ja	Nein		ja	nein		
saugende Bettschutzeinlagen – Wiederverwendbar	pro Stück							

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante, private Pflege verwendet werden

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

- |                                                                                |                                                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 40,00 € monatlich                        | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung                       |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 20,00 € monatlich / Beihilfeberechtigung | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung                      |
|                                                                                | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter  |
|                                                                                | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift