



## Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI

Ihr Alltagshilfe-Team

Zum Hillenwasser 1c  
33014 Bad Driburg

Tel.: 05253 9399018  
Fax: 05253 9399019

### Versicherte/r:

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Nachname:
Straße/Nr.:		Adresszusatz:
PLZ:	Ort:	
Telefon:	Geburtstag:	
Kenn-Nr. Pflegekasse:	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
Pflegekasse:	Versicherten-Nr.:	

### Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis max. zum monatlichen Höchstbetrag nach §40 Abs. 2 SGB XI; bei Beihilfeberechtigung bis max. zur Hälfte dieses Höchstbetrages. Darüber hinausgehende Kosten trage ich selbst.

X	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Pflegehilfsmittelpositions-Nr.
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Handdesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
<input type="checkbox"/>	Bettscutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001

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.

X	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (pro Stück 26,16 €)	Pflegehilfsmittelpositions-Nr.
<input type="checkbox"/>	2 wiederverwendbare Bettscutzeinlagen	51.40.01.4127

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen und dauerhaft benötigt werden. Bitte verzeichnen Sie das Alltagshilfe-Team, Zum Hillenwasser 1c, 33014 Bad Driburg, als Leistungserbringer der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme. Das Alltagshilfe-Team darf meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und zur Durchführung des Antragsverfahrens und der Abrechnung nutzen.



Datum	Unterschrift des Versicherten bzw. gesetzlichen Vertreters/Betreuers
-------	--

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

Alltagshilfe-Team IK-Nr.: 460586462

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal zum monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI                                   | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung                       |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <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-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift