

Antrag auf Kostenübernahme

Name, Vorname:	<input type="text"/>	Ihr Sanitätshaus: Sanitätshaus Göldner GmbH IK 330906880 Schellenbruckstraße 3 84307 Eggenfelden Tel.: (08721) 12689-0 Fax: (08721) 12689-15 info@sanitaetshaus-goeldner.de www.goeldner.de
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer:	<input type="text"/>	
PLZ, Ort:	<input type="text"/>	
Pflegekasse:	<input type="text"/>	
Versichertennummer:	<input type="text"/>	

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.

Artikel	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.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene	benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	<input type="text"/>	51.40.01.4

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.

Datum und Unterschrift der/des Versicherten

IK der Pflegekasse:

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, Stempel / Unterschrift der Pflegekasse