

Antrag auf Kostenübernahme

Gemäß Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Abs. 1 i. V. m. § 40 Abs. 2 SGB XI

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

Artikel:	Menge / Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen		Anzahl/ Einheit	Nur vom der Pflegekasse auszufüllen		Anzahl/ Einheit
		Benötigt werden: ja	nein		Genehmigt werden: ja	nein	
saugende Bettschutzeinlagen / Einmalgebrauch	50 Stk. / 21,54 €						
Fingerlinge	100 Stk. / 5,64 €						
Einmalhandschuhe	100 Stk. / 7,18 €						
Mundschutz	50 Stk. / 7,18 €						
Schutzschürzen / Einmalgebrauch	100 Stk. / 13,34 €						
Schutzschürzen / wiederverwendbar	pro Stk. / 25,65 €						
Handdesinfektionsmittel	500 ml / 8,81 €						
Flächendesinfektionsmittel	500 ml / 6,16 €						
Ich beantrage die Kostenübernahme für 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.							
saugende Bettschutzeinlagen / wiederverwendbar	pro Stk. / 26,16 €						

Hiermit wird bestätigt, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege verwendet werden.

- PG 54 bis zu 31,00 € monatlich
- PG 54 bis zu 15,50 € monatlich
- PG 51 mit Eigenanteil
- PG 51 ohne Eigenanteil

IK der Pflegekasse

Datum, Unterschrift des/r Pflegebedürftigen / deren ges. Vertreter/Betreuer

Datum, Stempel/Unterschrift der Pflegekasse

Zurück an:

**REHAZENTRUM
VIERSEN** GmbH

RZV RehaZentrum Viersen GmbH
Corneliusstr. 8
41751 Viersen-Dülken

Telefon: +49 (02162) 50390
Telefax: +49 (02162) 450331

RZV Kennzeichen (falls vorhanden)