



Ihr Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI und § 127 SGB V

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Vorname	Nachname
Straße, Nr.	PLZ, Ort
Geb.-Datum	Pflegegrad vorhanden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Telefon	E-Mail
Pflegekasse	Versicherten-Nr.

Ich beantrage die Kostenübernahme

- für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI / Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimme Pflegehilfsmittel (PG 54)	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzauflagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe – Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	<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
Schutzlätzchen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.5001
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

- für saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar (Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51)) unter Abzug des gesetzlichen Eigenanteils, soweit keine Befreiung vorliegt.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4

- durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen
WKM GmbH, Dr.-Rank-Str. 8, 82275 Emmering	590910604

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.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

hier unterschreiben

Ort/Datum

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages Datum: _____
- PG 54 Beihilfenberechtigung bis max. der Hälfte des monatl. Höchstbetrages
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter _____
(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)



WKM GmbH
Dr.-Rank-Str. 8
82275 Emmering
Telefon: 08141 / 2297 0
Fax: 08141 / 2297 283
IK-NR.: 590910604