

Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer
Anschrift: Straße, PLZ; Wohnort		Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Rechen- größe	Menge/Fak- tor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	_ _ _ _	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	_ _ _ _	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	_ _ _ _	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	_ _ _ _	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	_ _ _ _	
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	_ _ _ _	
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	_ _ _ _	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	_ _ _ _	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	_ _ _ _	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	_ _ _ _	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	_ _ _ _	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	_ _ _ _	

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechen- größe	Menge eintragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück	_ _ _ _	

