

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

**Antrag auf Kostenübernahme**

**Stadion Apotheke**  
**Beatrix Mannel**  
**Albert Schweitzer-Straße 22**  
**36433 Bad Salzungen**  
**IK:306100732**

**Apotheke am Nikolaitor**  
**Beatrix Mannel**  
**Bahnhofstraße 6**  
**99817 Eisenach**  
**IK: 305904479**



**Ich beantrage die Kostenübernahme für:**

**zum Verbrauch bestimmte Pflegemittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal 31,00 € / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 15,50 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Artikel	Menge/ Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen		Nur von der Pflegekasse auszufüllen		
		benötigt werden: Ja / Nein	Anzahl/ Einheit	Genehmigt werden: Ja / Nein	Anzahl/ Einheit	Genehmigt bis
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	50 Stck. (21,00 €)	X		/		
Fingerlinge	100 Stck. (5,50 €)	X		/		
Einmalhandschuhe	100 Stck. (7,00€)	X		/		
Mundschutz	50 Stck. (7,00 €)	X		/		
Schutzschürzen-Einmalgebrauch	100 Stck. (13,00€)	X		/		
Schutzschürzen-wiederverwendbar	pro Stck. (25,00 €)	X		/		
Händedesinfektionsmittel	500 ml (8,00 €)	X		/		
Flächendesinfektionsmittel	500 ml (6,00€)	X		/		

**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.**

Artikel	Menge/ Preis	benötigt werden: Ja / Nein	Anzahl/ Einheit	Genehmigt werden: Ja / Nein	Anzahl/ Einheit	Genehmigt bis
saugende Bettschutzeinlagen wiederverwendbar	2 pro Stck. (26,16€)	/		/		

Hilfsmittelnr: 51.4001.4076

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich umfassend informiert und verstanden habe, welche Leistungen dieser Antrag beinhaltet und, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.**

\_\_\_\_\_  
**(Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)**

\_\_\_\_\_  
**Datum**

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

- PG 54 bis zu 31,00 € monatlich
- PG 54 bis zu 15,50 € monatlich/Beihilfeberechtigung

- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

\_\_\_\_\_  
 (Datum)

\_\_\_\_\_  
 (IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)