



Für die Pflegekasse - Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln

1. Allgemeine Angaben zum Versicherten/ Pflegebedürftigen	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname: _____ Name: _____
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:
Adresszusatz:	Geb.-Datum:
Pflegekasse:	Versicherten-Nr.:
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	

2. Ich beantrage die Kostenübernahme für:		
<input type="checkbox"/> zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel-Produktgruppe (PG54) 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.		
Zutreffendes ankreuzen	zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
<input type="checkbox"/>	saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002

2.1 Ich beantrage die Kostenübernahme für:		
<input type="checkbox"/> 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.		
benötigte Stückzahl	zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 51)	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
2	saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4

3. Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgende Leistungserbringer
LLOYD Großverbraucherservice GmbH & Co. KG, Speckenbekerweg 126a, 24113 Kiel

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer.

X

Datum _____

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)		
<input type="checkbox"/> PG 54: bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung
<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung	<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfeberechtigte(r)
_____	_____	_____
Datum	IK-Nr. der Pflegekasse	Stempel/ Unterschrift