Lloyd medical
WENCKE GRUPPE

Antrag auf Kostenübernahme

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

Für die Pflegekasse - Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln

1. Allgemeine Angaben zum Versicherten/ Pflegebedürftigen

☐ Frau ☐ Herr	Vorname:	Name:
Straße, Nr.:		PLZ, Ort:
Adresszusatz:		Geb.-Datum:
Pflegekasse:		Versicherten-Nr.:
Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		

2. Ich beantrage die Kostenübernahme für:

☑ 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
☑	saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
☐	Fingerlinge	54.99.01.0001
☑	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
☑	Mundschutz	54.99.01.2001
☐	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
☐	Schutzschürzen (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
☑	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
☑	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002

2.1 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.

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, 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.

Datum

✗

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtige(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

☐ PG 54: bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI	☐ PG 54 bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI	☐ PG 51 mit Zuzahlung
☐ PG 51 ohne Zuzahlung	☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)	☐ PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfeberechtigte(r)
Datum	IK-Nr. der Pflegekasse	Stempel/ Unterschrift

Bitte ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und verschicken.