

# Antrag auf Kostenübernahme

(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)

**PharmaCare GmbH**

Raiffeisenallee 16 • 82041 Oberhaching  
Telefon: 089-219 66 88-70 • Fax: 089-219 66 88-76  
E-Mail: info@pharmacare.de • www.pharmacare.de  
IK: 590913527

Vorname und Nachname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Hs.-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Pflegekasse / Versicherungsnummer \_\_\_\_\_ Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

## Da ein Pflegegrad zugesprochen wurde beantrage ich hiermit die Kostenübernahme für:

- die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel – (PG 54) – bis maximal 40,- € / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,- € monatlich. Darüber hinaus anfallende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Menge/ Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen		Anzahl/ Einheit	Nur von der Pflegekasse auszufüllen		
		benötigt werden:			genehmigt werden:		Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein	
Saugende Bettscutzeinlagen, Einmalgebrauch	50 Stück						
Fingerlinge	100 Stück						
Einmalhandschuhe	100 Stück						
Mundschutz	50 Stück						
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	100 Stück						
Schutzschürzen, wiederverwendbar	pro Stück						
Händedesinfektion	500 ml						
Flächendesinfektion	500 ml						

- 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:		Anzahl/ Einheit	genehmigt werden:		Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein	
Saugende Bettscutzeilagen, wiederverwendbar	pro Stück						

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.

X \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten / Bevollmächtigten

### Genehmigung der Pflegekasse

- PG 54 bis zu 40,- € monatlich       PG 51 mit Zuzahlung       PG 51 ohne Zuzahlung  
 PG 54 bis zu 40,- € monatlich/  
Beihilfeberechtigung       PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigung  
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigung

X \_\_\_\_\_  
Datum / IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift