

# Antrag auf Kostenübernahme



Anhalt GmbH  
 Willy-Brandt-Ring 12  
 67592 Flörsheim-Dalsheim  
 Tel: 06243 / 9036-0  
 Fax: 06243 / 90 36 - 28  
 IK 590732038/330700688

## Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel gem. § 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Nachname	Vorname
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
Geb.-Datum	Pflegegrad
Telefon	E-Mail
Pflegekasse	Versicherten-Nr.

**Ich beantrage die Kostenübernahme für:**  
 zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal € 40,00,- /  
 bei Beihilfeberechtigung bis maximal € 20,- monatlich.  
 Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel	Auszufüllen vom Pflegebedürftigen	Auszufüllen von der Pflegekasse	
	Benötigt wird	Genehmigt wird	Genehmigt bis
Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)			
Fingerlinge			
Einmalhandschuhe			
Mundschutz			
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)			
Schutzschürzen (wiederverwendbar)			
Desinfektionsmittel Hände			
Desinfektionsmittel Fläche			

**Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG51)**  
 unter Abzug des gesetzlichen Eigenanteils, sofern keine Befreiung vorliegt

Artikel	Benötigt wird	Genehmigt wird	Genehmigt bis
Bettschutzeinlagen wiederverwendbar			

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

**Leistungserbringerwechsel ist erwünscht!**

Datum und Unterschrift der/des Versicherten, bzw. Bevollmächtigten \_\_\_\_\_

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54 bis zu € 40,00 monatlich

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 54 bis zu € 20,00€ monatlich/ Beihilfeberechtigung

Beihilfeberechtigter PG 51 mit Zuzahlung

Beihilfeberechtigter PG 51 ohne Zuzahlung

(Datum) (IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)