

### Versicherte\*r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen):

Herr  Frau Vorname: \_\_\_\_\_ Nachname: \_\_\_\_\_  
 Straße, Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Pflegegrad (bitte unbedingt angeben):  1  2  3  4  5  Ich habe keinen Pflegegrad  
 Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_  
 Versicherungsart:  gesetzlich  privat  beihilfeberechtigt  über Sozialamt / Ortsamt

### Ich beantrage die Kostenübernahme

- für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI / Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI  
*Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.*

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)	zutreffendes ankreuzen:	Pflegehilfsmittelpositions-Nr.:
Saugende Bettschutzauflagen (Einmalgebrauch):	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge (Größe ankreuzen): <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe (Größe ankreuzen): <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz (3-lagig):	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen (Einmalgebrauch):	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen (wiederverwendbar):	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel:	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Desinfektionstücher:	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0015
Einmalschutzlätzchen	<input type="checkbox"/>	54.99.01.4

- für saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar (Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG51)) unter Abzug des gesetzlichen Eigenanteils, soweit keine Befreiung vorliegt.

benötigte Stückzahl:	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG51):	Pflegehilfsmittelpositions-Nr.:
	Saugende Bettschutzauflagen (wiederverwendbar / waschbar)	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer: **Sabina Dockhorn - Vital Pflegebox, Mengendamm 12, 30177 Hannover, Deutschland**  
 Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

X \_\_\_\_\_  
 Datum / Ort

X \_\_\_\_\_  
 Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Bitte füllen Sie den gesamten Antrag aus, damit die Kosten für Ihre Pflegebox von der Pflegekasse übernommen werden können.

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen):

- PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages  
 PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatl. Höchstbetrages  
 PG 51 mit Zuzahlung  
 PG 51 ohne Zuzahlung  
 PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter  
 PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

X \_\_\_\_\_  
 Datum / Ort

X \_\_\_\_\_  
 IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift