



\_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

\_\_\_\_\_  
(Geburtsdatum)

\_\_\_\_\_  
(Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift: Straße, PLZ, Ort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Hilfsmittel-positionsnummer	Abgabemenge	Anzahl
saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001	50 Stück	
Fingerlinge (Latex, unsteril)	54.99.01.0001	100 Stück	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril)	54.99.01.1001	100 Stück	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	50 Stück	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP 2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	10 Stück	
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001	100 Stück	
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	54.99.02.3002	1 Stück	
Schutzservietten (Einmalgebrauch)	54.99.01.4001	100 Stück	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	500ml	
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	500ml	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	50 Stück	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	100 Stück	

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51) - unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege und Körperhygiene	Hilfsmittel-positionsnummer	Abgabemenge	Anzahl
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	51.40.01.4	1 Stück	

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen
Orthopädie FEUERABEND GmbH, Roßbachstraße 1, 44369 Dortmund	330 596 226
Die Beratung erfolgte am, durch Mitarbeiter/in	
_____ Datum	_____ Unterschrift Mitarbeiter/in



Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem zur vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind, sowie welche Produkte ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

- Ort des Beratungsgesprächs:**  Beratung in den Geschäftsräumen.  
 Individuelle telefonische oder digitale Beratung.  
 Beratung in der Häuslichkeit.

- Wer wurde beraten:**  Ich der/die Versicherte selbst.  
 meine Betreuungsperson.  
(gesetzlicher Vertreter / Bevollmächtigten oder Angehörigen)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) 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 erhalten habe.

Ich bin darüber informiert worden das ich die Kosten für darüberhinausgehende Leistungen selbst tragen muss.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherte/n bzw. Erziehungsberechtigte/r  
oder gesetzlicher Vertreter/in bzw. Betreuer/in

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 51 mit Zuzahlung  
 G 51 ohne Zuzahlung  
 PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter  
 PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter  
 PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI  
 PG 54 Beihilfeberechtigter bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)