

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

zurück an:

Deutsche Post 
ANTWORT

SBK
80227 München

Versichertennummer

Name, Vorname des Versicherten

Geburtsdatum (tt.mm.jjjj)

Persönliche Angaben

Straße, Hausnummer

Postleitzahl, Ort

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

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – 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.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch | Pflegehilfsmittelpositionsnummer 54.45.01.0001 |
| <input type="checkbox"/> Fingerlinge | Pflegehilfsmittelpositionsnummer 54.99.01.0001 |
| <input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe | Pflegehilfsmittelpositionsnummer 54.99.01.1001 |
| <input type="checkbox"/> Mundschutz | Pflegehilfsmittelpositionsnummer 54.99.01.2001 |
| <input type="checkbox"/> Schutzschürzen – Einmalgebrauch | Pflegehilfsmittelpositionsnummer 54.99.01.3001 |
| <input type="checkbox"/> Schutzschürzen – wiederverwendbar | Pflegehilfsmittelpositionsnummer 54.99.01.3002 |
| <input type="checkbox"/> Händedesinfektionsmittel | Pflegehilfsmittelpositionsnummer 54.99.02.0001 |
| <input type="checkbox"/> Flächendesinfektionsmittel | Pflegehilfsmittelpositionsnummer 54.99.02.0002 |
- 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.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene:

_____ saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar, Pflegehilfsmittelpositionsnumme 51.40.01.4
Benötigte Stückzahl

- durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift

Institutionskennzeichen (sofern bekannt)

Versichertennummer

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.

Informationen zu den von der SBK verarbeiteten Daten erfahren Sie unter sbk.org/datenschutz oder bei Ihrem persönlichen Kundenberater.

Ort, Datum

Unterschrift

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

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

Ort, Datum

IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift