

## Antrag auf Kostenübernahme

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

**Ich beantrage die Kostenübernahme für:**

- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal 40,00 €/ bei Beihilferechtigung bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen				Nur von der Pflegekasse auszufüllen				
Artikel:	Menge/ Preis	benötigt werden		Anzahl/ Einheit	genehmigt werden:		Anzahl/ Einheit	Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein		
saugende Bettstutzeinlagen – Einmalgebrauch	50 Stk./ 20,00 €							
Fingerlinge	100 Stk./ 3,95€							
Einmalhandschuhe Latex o. Vinyl S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> Nitril	100 Stk./ 7,12 €  10,54 €							
Mundschutz	50 Stk./ 7,18 €							
Mundschutz FFP 2	1 Stk / 0,75 €							
Schutzschürzen- Einmalgebrauch	50 Stk./ 8,50 €							
Schutzschürzen wiederverwendbar	Auf Anfrage							
Händedesinfektions- mittel	500 ml/ 4,50 €							
Flächendesinfektions- mittel	500 ml/ 4,50 €							

- Zur Lieferung des nachfolgenden Produktes ist eine ärztliche Verordnung erforderlich! Soweit keine Befreiung nach § 40 Abs.3 Satz 5 SGB XI vorliegt, wird ein Eigenanteil in Höhe von 10 % des Abgabepreises berechnet.**

Artikel:	Menge/ Preis	benötigt werden		Anzahl/ Einheit	genehmigt werden:		Anzahl/ Einheit	Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein		
saugende Bettstutzeinlagen – wiederverwendbar	pro Stk. 25,50 €							

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden und ich von keinem weiteren Leistungserbringer zusätzlich Pflegehilfsmittel beziehe, ausschließlich von der CORONA MEDICAL Vertriebs GmbH.**

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

PG 54 bis zu 40,00 € monatlich

PG 54 bis zu 20,00 € monatlich

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

**Mein bevorzugter Lieferant ist:**

**IK-Nr. 330 535 767**



PG 51 mit Zuzahlung/Beihilferechtiger

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilferechtiger

Datum

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)