



# Mein Pflegekorb

Haus der Hilfe<sup>®</sup> GmbH

Antrag einzureichen bis:

## Antrag auf Kostenübernahme

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Name, Vorname)	(Geburtsdatum)	(Pflegekasse, Versicherungsnummer)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
(Anschrift: Straße und Nr., PLZ, Wohnort)	(Telefon)	

**Ich beantrage die Kostenübernahme für:**

Zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigten bis maximal die Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI.  
Darüber hinausgehende Kosten werden selbst getragen.

**Bitte benötigte Artikel ankreuzen**

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.04.0001

durch folgende Leistungserbringer:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
(Name und Anschrift)	(Institutionskennzeichen)

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
(Datum)	(Unterschrift der/des Versicherten)

– Dieser Teil wird von der Pflegeversicherung ausgefüllt –

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>PG 54</b><br>Bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI                                 | <input type="checkbox"/> <b>PG 51</b> mit Zuzahlung                       |
| <input type="checkbox"/> <b>PG 54</b> Beihilfeberechtigung<br>Bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> <b>PG 51</b> ohne Zuzahlung                      |
|  | <input type="checkbox"/> <b>PG 51</b> mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter  |
|  | <input type="checkbox"/> <b>PG 51</b> ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

(Antragsdatum)

(Unterschrift)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)