

TransCare Service GmbH
Breslauer Straße 60
56566 Neuwied
Tel: 0 26 31– 92 55 -0
Fax: 0 26 31– 92 55 -3155

IK 330711259

Antrag auf Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel gem. § 78 Abs. 1 i.V.m. § 40 Abs. 2 SGB XI

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Straße)

(Telefonnummer)

(PLZ Wohnort)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG) 54 – bis maximal 40,00EUR monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.							
		Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen			Nur von der Pflegekasse auszufüllen		
		Benötigt werden:			Genehmigt werden:		
Artikel:	Menge	ja	nein	Anzahl / Einheit	ja	nein	Anzahl / Einheit
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	50 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fingerlinge	100 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einmalhandschuhe	100 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mundschutz	100 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	100 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schutzschürzen – wieder verwendbar	Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Händedesinfektionsmittel	500 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Flächendesinfektionsmittel	500 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H. soweit keine Befreiung nach §40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.							
Saugende Bettschutzeinlagen – wieder verwendbar	Pro Stck.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Hiermit wird bestätigt, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die ambulante, private Pflege verwendet werden.

PG 54 Bis zu 40,00€ monatlich
PG 54 Bis zu 20,00€ monatlich
PG 51 Mit Eigenanteil
PG 51 Ohne Eigenanteil

IK der Pflegekasse

Datum,
Unterschrift des/r Pflegebedürftigen / deren
ges. Vertreter / Betreuer

Datum,
Stempel, Unterschrift der
Pflegekasse