

Patient

Leistungserbringer

Name

Hübschenberger Orthopädietechnik GmbH

Name

Adresse

Schmidhäuslstr. 1, 83395 Freilassing

Adresse

**IK 330911386**

Geburtsdatum / Vers.nr.

Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG) 54 - bis maximal 40,00 € / bei Beihilfeberechtigten bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

**vom Pflegebedürftigen auszufüllen**

Artikel:	Menge / Preis	benötigt	Anzahl/ Einheit	von der Pflegekasse auszufüllen		Anzahl/ Einheit
				genehmigt		
				ja	nein	
Bettwäsche saugend, Einweg	50 Stck. (21,54 EUR)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fingerlinge	100 Stck. (5,64 EUR)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einmalhandschuhe	100 Stck. (7,18 EUR)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mundschutz	50 Stck. (7,18 EUR)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schutzschürzen, Einweg	100 Stck. (13,34 EUR)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schutzschürzen, waschbar	pro Stck. (25,65 EUR)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Händedesinfektionsmittel	500 ml (8,21 EUR)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Flächendesinfektionsmittel	500 ml (6,16 EUR)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ich beantrage die Kostenübernahme für 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.

Bettwäsche saugend, waschbar	pro Stck. (26,16 EUR)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
------------------------------	-----------------------	--------------------------	--	--------------------------	--------------------------	--

- PG 54 bis zu 40,00 € monatlich
- PG 54 bis zu 20,00 € monatlich
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung

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

IK Pflegekasse

Datum, Unterschrift Patient / Vertreter

Datum, Stempel / Unterschrift Pflegekasse