

# F47 Antrag auf Kostenübernahme Pflegehilfsmittel

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Anschrift (Str., PLZ, Ort)	
Pflegekasse, Fax Nr.	
Versichertennummer	

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe PG 54) bis max. 40,00 € bzw. bei Beihilfeberechtigten bis max. 20,00 € monatlich. Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel:	Menge	Preis/ Einheit	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen		Nur von der Pflegekasse auszufüllen		Anzahl/ Einheit
			werden benötigt	Anzahl/ Einheit	Genehmigt ja	Genehmigt nein	
Saugende Bettschutz- einlagen (Einmalgebrauch)	50 St.	21,54 €					
Fingerlinge	100 St.	5,64 €					
Einmalhandschuhe	100 St.	7,18 €					
Händedesinfektionsmittel	500 ml	8,21 €					
Flächendesinfektionsmittel	500 ml	6,16 €					
Mundschutz	50 St.	7,18 €					
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 St.	13,34 €					
Schutzschürzen (wieder verwendbar)	1 St.	25,65 €					

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (Produktgruppe PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10%, soweit keine Befreiung nach § 40 Abs.3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel:	Menge	Preis/ Einheit	werden benötigt	Anzahl/ Einheit	Genehmigt		Anzahl/ Einheit
					ja	nein	
saugende Bettschutzeinlagen (wieder verwendbar)		26,16 €					

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum und Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigten

Leistungserbringer

- Markt Apotheke (IK 308022811), Weissacher Str. 38, 71287 Weissach-Flacht, Tel. 07044 900 111
- Rathaus Apotheke (IK 308022822), Flachter Str. 4, 71277 Rutesheim, Tel. 07152 99 78 16

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

**Genehmigungskennzeichen PG 54:**

- PG 54 bis € 40,00 monatlich
- PG 54 bis € 20,00 monatl. (Beihilfeberecht.)

**Genehmigungskennzeichen PG 51:**

- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung (Beihilfeberecht.)
- PG 51 ohne Zuzahlung (Beihilfeberecht.)

\_\_\_\_\_  
Datum, IK der Pflegekasse, Stempel, Unterschrift