

# F47 Antrag auf Kostenübernahme Pflegehilfsmittel

<b>Name, Vorname</b>	Mustermann, Max
<b>Geburtsdatum</b>	01.01.1900
<b>Anschrift (Str., PLZ, Ort)</b>	Musterstr. 1, 00000 Musterstadt
<b>Pflegekasse, Fax Nr.</b>	Name der Pflegekasse
<b>Versichertennummer</b>	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	nein	
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	50 St.	21,54 €	1x	50 St.			
Fingerlinge	100 St.	5,64 €	1x	100 St.			
Einmalhandschuhe	100 St.	7,18 €	1x	100 St.			
Händedesinfektionsmittel	500 ml	8,21 €	1x	500 ml			
Flächendesinfektionsmittel	500 ml	6,16 €	1x	500 ml			
Mundschutz	50 St.	7,18 €	1x	50 St.			
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 St.	13,34 €	1x	100 St.			
Schutzschürzen (wieder verwendbar)	1 St.	25,65 €	1x	1 St.			

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 €	1x	1 Stk.			

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

01.01.2021                      Max Mustermann

**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