



**Ihr Partner für  
Ihre Gesundheit**

Telefon 07191 88580  
Telefax 07191 980420  
Website www.ivs-gesundheit.de  
E-Mail pflege@ivs-gesundheit.de

## Antrag auf Kostenübernahme

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

bitte ausfüllen

Nachname, Vorname	Geburtsdatum	VersichertenNr	Name Ihrer Pflegekasse
Anschrift (Straße, HausNr, Plz, Ort)			Telefon

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

bitte zutreffendes ankreuzen

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

- |                          |  |                      |
|--------------------------|--|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch | PosNr: 54.45.01.0001 |
| <input type="checkbox"/> | Fingerlinge                                | PosNr: 54.99.01.0001 |
| <input type="checkbox"/> | Einmalhandschuhe                           | PosNr: 54.99.01.1001 |
| <input type="checkbox"/> | Mundschutz                                 | PosNr: 54.99.01.2001 |
| <input type="checkbox"/> | Schutzschürzen Einmalgebrauch              | PosNr: 54.99.01.3001 |
| <input type="checkbox"/> | Schutzschürzen wiederverwendbar            | PosNr: 54.99.01.3002 |
| <input type="checkbox"/> | Händedesinfektionsmittel                   | PosNr: 54.99.02.0001 |
| <input type="checkbox"/> | Flächendesinfektionsmittel                 | PosNr: 54.99.02.0002 |

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.

benötigte Anzahl

saugende Bettschutzeinlagen wiederverwendbar PosNr: 51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer:

IVS - Zu den Obstgärten 31, 71522 Backnang - Institutionskennzeichen: 3 30 81 29 23

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

bitte unterschreiben

Datum Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI

PG54 Beihilfeberechtigung

bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI

PG51 mit Zuzahlung

PG51 ohne Zuzahlung

PG51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

PG51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

Datum, IK, Stempel und Unterschrift