

# Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln nach § 78 Absatz 1 SGB XI

NAME:  VORNAME:  GEBURTSDATUM:

PFLEGEKASSE:  VERSICHERTENNUMMER:

STRASSE/HAUSNUMMER:

PLZ:  WOHNORT:

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	MENGE/FAKTOR	Erläuterung
Saugende Bettwäsche Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück		
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück		
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück		
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.5001	1 Stück		
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.3001	1 Stück		
Schutzschürzen zum Einmalgebrauch	54.99.01.3002	1 Stück		
Schutzschürzen, wiederverwendbar	54.99.01.4001	1 Stück		
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.02.0001	1 Stück		
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml		Bei 500 ml bitte den Faktor 5 und bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml		
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück		
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück		

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.	Pflegehilfsmittelpositionennummer	Rechengröße	MENGE/FAKTOR
Saugende Bettwäsche Einmalgebrauch	51.40.01.4 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 Stück	

(Bitte die letzten drei Stellen ergänzen)

# Pflegehilfsmittel. Zuverlässig. Individuell.

Füllen Sie mit uns den **Antrag** aus!



KOSTENLOSE  
PFLEGEHILFSMITTEL  
im Wert von monatlich bis zu  
**42 €\***

pfliegerat<sup>+</sup>

1

Sie füllen mit uns gemeinsam den **Antrag** aus

2

Wir reichen den Antrag bei Ihrer **Pflegekasse** für Sie ein

3

Sie erhalten **Pflegehilfsmittel** individuell nach Ihrem Bedarf

## Wir sind Ihr Wegweiser

Als pfliegerat<sup>®</sup>-Apotheke sind wir Ihr qualifizierter **Wegweiser** rund um die häusliche Pflege.

Pflegehilfsmittel

Häusliche Pflege

sebastian  apotheke

Alles Gute für Ihre Gesundheit

**Sebastian Apotheke**  
Matthias Schmid e. K.  
Kirchzeile 6 | 83043 Bad Aibling  
Tel.: 08061-7908  
www.apotheke-aibling.de

**Sebastian Apotheke**  
Claudia Schmid e. K.  
Gewerbepark 22 | 83052 Bruckmühl  
Tel.: 08062-2709627  
www.apothekebruckmuehl.de

# Sie **pflegen** einen Angehörigen zuhause oder haben selbst einen **Pflegegrad**?



## WICHTIG!

Die Pflege eines Angehörigen oder der eigene Anspruch wirft oft viele Fragen auf. **Welche Leistungen stehen mir zu und wie beantrage ich diese?** Das erfahren Sie bei uns in Ihrer pflegerat®-Apotheke.

## GUT ZU WISSEN

Die **Pflegekasse übernimmt die Kosten** für Pflegehilfsmittel im Wert von **bis zu 42 Euro\* monatlich**. Der gesetzliche Anspruch gilt bereits ab Pflegegrad 1. Wir unterstützen Sie gerne beim Antrag auf Kostenübernahme.



# Welche **Pflegehilfsmittel** sind erstattungsfähig?

KOSTENLOSE  
PFLEGEHILFSMITTEL  
im Wert von monatlich bis zu  
**42 €\***

Pflegehilfsmittel erleichtern Ihnen die Pflege zuhause. **Wenn Sie einen Pflegegrad haben, werden die Kosten bis zu 42 Euro\* im Monat übernommen.** Folgende Pflegehilfsmittel sind erstattungsfähig:



**Handdesinfektionsmittel/-tücher**  
Schnelle, sichere Hygiene vor und nach der Pflege.

ERSTATTUNGSFÄHIG



**Flächendesinfektionslösung/-tücher**  
Macht verunreinigte Flächen zuverlässig keimfrei.

ERSTATTUNGSFÄHIG



**Einmalhandschuhe**  
Hygienischer Schutz vor Schmutz und Übertragung von Keimen.

ERSTATTUNGSFÄHIG



**Mundschutz/FFP2-Maske**  
Verhindert Keimverbreitung durch Tröpfcheninfektion.

ERSTATTUNGSFÄHIG



**Einmalbettschutzeinlagen**  
Zusätzlicher Schutz für das Bett. Weniger anfallende Wäsche.

ERSTATTUNGSFÄHIG



**Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen\*\***  
Zusätzlicher Schutz für das Bett. Waschbar.

ERSTATTUNGSFÄHIG



**Schutzschürzen**  
Schützen die Kleidung und vermeiden die Übertragung von Keimen. Einmalgebrauch und wiederverwendbar.

ERSTATTUNGSFÄHIG



**Schutzservietten**  
Einmal-Lätzchen aus Tissue und Schutzfolie mit Klebeleiste.

ERSTATTUNGSFÄHIG



**Fingerlinge**  
Einfache und vielseitige Anwendung. Auf einzeln zu schützenden Finger rollen.

ERSTATTUNGSFÄHIG

\* § 40 Abs. 2 SGB XI: Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel dürfen monatlich den Betrag von 42 Euro nicht übersteigen.  
\*\* Die Kosten für wiederverwendbare Bettschutzeinlagen werden von der Pflegekasse bis zu zweimal pro Jahr zusätzlich zu den 42 Euro\* übernommen. Diese Leistung muss gesondert beantragt und genehmigt werden.

# Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Anlage 2 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln nach § 78 Absatz 1 SGB XI

DURCH FOLGENDEN LEISTUNGSERBRINGER (Name/Anschrift)	Institutionskennzeichen

Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber ...

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann

**Form des Beratungsgesprächs:**

- Beratung in den Geschäftsräumen
- Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
- Beratung in der Häuslichkeit

**Der o. g. Leistungserbringer hat in Person von**

- mich persönlich und/oder
  - meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)
- am** \_\_\_\_\_ **beraten.**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

\_\_\_\_\_

DATUM UND UNTERSCHRIFT der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

- PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung (Beihilferechtiger)
- PG 51 ohne Zuzahlung (Beihilferechtiger)

Datum

IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift

