

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

**Antrag auf Kostenübernahme**

Pflegekasse der energie-BKK, 30134 Hannover; Fax: 0511 911 10 7961

Name, Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Versichertennummer

**Ich beantrage die Kostenübernahme für:**

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal 40,00 € / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 %, soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen – wieder verwendbar	51.40.01.4

- durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (ggf. Anbieter-Stempel)	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)

**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.**

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift der Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigten

- PG 54 bis zu 40,00 € monatlich  
 PG 54 bis zu 20,00 € monatlich / Beihilfeberechtigung

- PG 51 mit Zuzahlung  
 PG 51 ohne Zuzahlung  
 PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigung  
 PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigung

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
IK der Pflegekasse / Stempel / Unterschrift