



# Antrag auf Kostenübernahme\* für Pflegehilfsmittel

\*zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß §78  
Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI



**Antragssteller/Versicherte(r)**

Herr  Frau

Dunkle Felder ausfüllen und ankreuzen

Blaue Felder werden durch die Pflegekasse ausgefüllt

Name  Pflegekasse

Vorname  Pflegegrad 1  2  3  4  5

Straße  Nr.  Versicherten-Nr.

PLZ/Ort  Geburtsdatum

Email  Telefon

Versicherte(r) ist  Gesetzlich Pflegeversichert  Privat Pflegeversicherung  Beihilfeberechtigt

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

Benötigte Anzahl	Produkt	Einheit	Von Pflegekasse genehmigt / bis	
<input type="checkbox"/> 100 Stück	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 Stück	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1 Stück	Schutzschürzen (wiederverwendbar)	1 Stück	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 100 Stück	Fingerlinge	100 Stück	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 100 Stück	Einmalhandschuhe S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/>	100 Stück	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 50 Stück	Mundschutz	50 Stück	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 500 ml	Händedesinfektionsmittel	500 ml	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 500ml	Flächendesinfektionsmittel	500 ml	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 75 Stück	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	75 Stück	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein <input type="text"/>

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

2 Stück/ im Jahr  Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)  2 Stück  Ja  Nein

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

Datum

Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. gesetzlicher Vertreter

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)**

PG 54 bis zu 40,00 € monatlich  PG 51 ohne Zuzahlung

PG 54 bis zu 20,00 € monatlich/ Beihilfeberechtigung  PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfeberechtigter

PG 51 mit Zuzahlung  PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfeberechtigter

Ort/Datum  Unterschrift/Stempel Pflegekasse



Ihre kostenlose Bestellung

# Auswahl des Pflegezauberpaket



## Antragssteller/Versicherte(r)

Auszufüllen wie Antragssteller Kostenübernahme

Herr  Frau      Name       Vorname

## Pflegeperson

Herr  Frau

Name       Vorname   
Straße  Nr.       Geb.Datum   
PLZ/Ort       Telefon   
E-Mail

Pflegeperson ist  Ehe/Lebenspartner     Tochter/Sohn     Mutter/Vater     anderer Verwandter     Freund/Nachbar  
 Ehrenamtlicher     Andere     als Betr. gesetzl. bevollmächtigt     nicht bevollmächtigt

## Pflegedienst/Sozialstation

Name       Vorname   
Straße  Nr.       Telefon   
PLZ/Ort       E-Mail

## Lieferadresse auswählen

Lieferadresse  eigene Adresse     Pflegeperson     Pflegedienst/ Sozialstation      (Bitte unbedingt ausfüllen)

## Pflegezauber-Paket auswählen

<b>1</b> <input type="checkbox"/> Paket 1 wählen <b>100 St.</b> Einmalhandschuhe <b>75 St.</b> Bettschutzeinlagen	<b>2</b> <input type="checkbox"/> Paket 2 wählen <b>500 ml</b> Händedesinfektion <b>75 St.</b> Bettschutzeinlagen	<b>3</b> <input type="checkbox"/> Paket 3 wählen <b>500 ml</b> Flächendesinfektion <b>75 St.</b> Bettschutzeinlagen	<b>4</b> <input type="checkbox"/> Paket 4 wählen <b>100 St.</b> Bettschutzeinlagen	<b>5</b> <input type="checkbox"/> Paket 5 wählen <b>100 St.</b> Einmalhandschuhe <b>500 ml</b> Händedesinfektion <b>500 ml</b> Flächendesinfektion <b>50 St.</b> Bettschutzeinlagen
<b>6</b> <input type="checkbox"/> Paket 6 wählen <b>500 St.</b> Einmalhandschuhe	<b>7</b> <input type="checkbox"/> Paket 7 wählen <b>200 St.</b> Einmalhandschuhe <b>500 ml</b> Händedesinfektion <b>500 ml</b> Flächendesinfektion	<b>8</b> <input type="checkbox"/> Paket 8 wählen <b>1500 ml</b> Händedesinfektion <b>1000 ml</b> Flächendesinfektion	<b>9</b> <input type="checkbox"/> Paket 9 wählen <b>200 St.</b> Einmalhandschuhe <b>200 St.</b> Mundschutz <b>100 St.</b> Schutzschürzen	<b>10</b> <input type="checkbox"/> Individuelles Paket

Grösse der Einmalhandschuhe wählen     S     M     L     XL

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

Datum

Unterschrift des Versicherten Bevollmächtigten