

**An die**

Pflegekasse

--

**Antrag auf Kostenerstattung für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel**

---

**Antragsteller/Pflegebedürftiger:**

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
PLZ/Ort	
Straße/Hausnummer	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	
<b>Versicherten-Nummer</b>	
<b>Pflegegrad</b>	

Zur Erleichterung meiner Pflege und für den Infektionsschutz meiner privaten Pflegepersonen bitte ich um Kostenerstattung über Pflegehilfsmittel zum Verbrauch gem. § 40 Abs. 2 SGB XI.

<b>Pflegehilfsmittel PG 54</b>	Ja	Nein	Anzahl/Einheit
Saugende Bettschutzeinlagen/Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schutzschürzen/Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schutzschürzen/wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hände-Desinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Flächen-Desinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Pflegehilfsmittel PG 51</b>			
Saugende Bettschutzeinlagen/wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass ich die Pflegehilfsmittel ausschließlich für meine ambulante private Pflege als meinen Eigenbedarf verwende.

---

Datum

---

Unterschrift Versicherter/Bevollmächtigter