

# Lehmanns Apotheke

■ IHRE APOTHEKEN IM SAUERLAND ■

## 1. KOSTENÜBERNAHME

Gemäß § 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI.

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen  
(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Frau

Herr

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Nachname

\_\_\_\_\_  
Pflegekasse

\_\_\_\_\_  
Versichertennummer

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

Hiermit stelle ich einen Antrag auf Kostenübernahme für:

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis zum monatlichen Höchstbetrag von 40,- Euro nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Bei Beihilfeberechtigung wird bis zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI übernommen. Alle weiteren Kosten werde ich selber tragen.

ZUTREFFENDES ANKREUZEN	ZUM VERBRAUCH BESTIMMTE PFLEGEHILFSMITTEL	PFLEGEHILFSMITTELP OSITIONSNUMMER
<input type="checkbox"/>	SAUGENDE BETTSCHUTZEINLAGEN, EINMALGEBRAUCH	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	FINGERLINGE	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	EINMALHANDSCHUHE	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	MUNDSCHUTZ	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	SCHUTZSCHÜRZEN, EINMALGEBRAUCH	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	SCHUTZSCHÜRZEN, WIEDERVERWENDBAR	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/>	FLÄCHENDESINFEKTIONSMITTEL	54.99.02.0002

Nehmen Sie Kontakt auf! Wir sind jederzeit für Sie erreichbar und freuen uns auf Ihre Anfrage.

Lehmanns Apotheke – Ihre Apotheke im Sauerland – Lübecker Str. 10 – 57439 Attendorn

Näheres zu unseren Kontaktdaten finden Sie unter [www.lehmanns-apotheke.de](http://www.lehmanns-apotheke.de)

# Lehmanns Apotheke

■ IHRE APOTHEKEN IM SAUERLAND ■

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	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
<input type="checkbox"/>	Saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar	54.40.01.4

Ich stelle einen Antrag auf Kostenübernahme durch den folgenden Leistungserbringer:

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Institutionskennzeichen  
(sofern bekannt)

\_\_\_\_\_  
Straße, Haus Nr.

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

Durch meine Unterschrift bestätige ich, dass mir bekannt ist, dass die angeforderten Produkte ausschließlich für die private häusliche Pflege verwendet werden dürfen und nicht durch Pflegedienste.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten bzw. des  
gesetzlichen Vertreters/Betreuers

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal 40,-€ monatlich nach § 40 Abs. 2 SGB XI                      | <input type="checkbox"/> PG 51 Zuzahlung PG 51 ohne Zuzahlung      |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal 20,-€ monatlich nach § 40 Abs. 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 Zuzahlung/Beihilfeberechtigter      |
|   | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
IK-Nr. der Pflegekasse

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift Pflegekasse

Nehmen Sie Kontakt auf! Wir sind jederzeit für Sie erreichbar und freuen uns auf Ihre Anfrage.

Lehmanns Apotheke - Ihre Apotheke im Sauerland - Lübecker Str. 10 - 57439 Attendorn

Näheres zu unseren Kontaktdaten finden Sie unter [www.lehmanns-apotheke.de](http://www.lehmanns-apotheke.de)