

Name der Versicherten/Pflegebedürftigen (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>	VORNAME	NAME
	Straße / Nr.	PLZ/ ORT
Pflegekasse		
Geburtsdatum		Versicherten Nr.

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe 54 – bis maximal 40 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen wasch- und wiederverwendbar	<input type="text"/>	51.40.01.4 <input type="text"/>

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Neo Consulting GmbH Johannes-Rau-Allee 33 • 45889 Gelsenkirchen	Institutionskennzeichen IK 590503521
--	---

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

X

Ort/Datum **Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)**

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse					
<input type="checkbox"/>	PG 54 bis 40,00 € monatlich	<input type="checkbox"/>	PG 54 bis 20,00 € monatlich	<input type="checkbox"/>	PG 51 mit Zuzahlung
<input type="checkbox"/>	PG 51 ohne Zuzahlung	<input type="checkbox"/>	PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)	<input type="checkbox"/>	PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)