

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.



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) |