

**Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten  
mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78  
Abs. 1 i.V.m. § 40 Abs. 2 SGB XI**

Sanitätshaus Zentsch  
Alter Schmöler Weg 3  
02625 Bautzen

IK 331 421 329

Tel.: 035 91 / 60 31 54  
Fax: 035 91 / 27 60 66

**Antrag auf Kostenübernahme**

.....  
(Name, Vorname)

.....  
(Geburtsdatum)

.....  
(Pflegekasse, Versichertennummer)

.....  
(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

**Ich beantrage die Kostenübernahme für:**

**zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal 40,00 € / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Artikel	Menge Preis	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen			Nur von der Pflegekasse auszufüllen			Genehmigt bis
		benötigt werden:		Anzahl / Einheit	genehmigt werden:		Anzahl / Einheit	
		ja	nein		ja	nein		
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	50 Stück (21,54 €)							
Fingerlinge	100 Stück (5,64 €)							
Einmalhandschuhe	100 Stück (7,18 €)							
Mundschutz	50 Stück (7,18 €)							
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	100 Stück (13,34 €)							
Schutzschürzen – wiederverwendbar	pro Stück (25,65 €)							
Händedesinfektionsmittel	500 ml (8,21 €)							
Flächendesinfektionsmittel	500 ml (6,16 €)							

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

Artikel	Menge / Preis	benötigt werden:		Anzahl / Einheit	genehmigt werden:		Anzahl / Einheit	Genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein		
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	pro Stück (26,16 €)							

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

.....  
(Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

PG 54 bis zu 40,00 € monatlich

PG 54 bis zu 20,00 € monatlich / Beihilfeberechtigung

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter

.....  
(Datum)

.....  
(IK der Pflegekasse, Stempel, Unterschrift)