

# Antrag auf Kostenübernahme

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

## KONTAKTDATEN

Name Vorname

Geburtsdatum

Straße PLZ Wohnort

Pflegekasse Versichertennummer

Artikel (Menge / Preis)	vom Pflegebedürftigen benötigt werden:	von der Pflegekasse genehmigt werden:
Bettscutzeinlagen (50 Stk. / 21,54 €)	ja. nein.	ja. nein.
Einmalhandschuhe (100 Stk. / 7,23 €)	ja. nein.	ja. nein.
Mundschutz (50 Stk. / 7,18 €)	ja. nein.	ja. nein.
Schutzschürzen (100 Stk. / 13,30 €)	ja. nein.	ja. nein.
Handdesinfektionsmittel (500 ml. / 9,01 €)	ja. nein.	ja. nein.
Flächendesinfektionsmittel (500 ml. / 7,16 €)	ja. nein.	ja. nein.

Gewählte Handschuhgröße:

Datum, Unterschrift Pflegebedürftige/r oder Vertreter/Betreuer)

Pflegekasse