



PHM
BIELEFELD
PFLEGEHILFSMITTEL

Versicherte/r, Pflegebedürftige/r

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

Pflegekasse: _____ Versichertennummer: _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) gemäß § 40 Abs. 2 SGB XI bis zum gesetzlichen Höchstbetrag, bei Beihilfeberechtigung jedoch nur bis zur Hälfte dieses Betrags.

Verbrauchshilfsmittel PG54	Packungsinhalt	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	25 Stück	☐	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe puderfrei (S) – (M) – (L) – (XL)	100 Stück	☐	54.99.01.1001
Medizinische Gesichtsmasken	1 Stück	☐	54.99.01.2001
FFP 2 Masken	1 Stück	☐	54.99.01.5001
Schutzschürzen zum Einmalgebrauch	50 Stück	☐	54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel	500 ml	☐	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	500 ml	☐	54.99.02.0002
Händedesinfektionstücher	50/100 Stück	☐	54.99.02.0014
Flächendesinfektionstücher	50/100 Stück	☐	54.99.02.0015

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege und -hygiene (PG51), abzüglich eines Eigenanteils von 10%, sofern keine Befreiung gemäß § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Verbrauchshilfsmittel PG51	Packungsinhalt	Anzahl	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	1		51.40.01.4

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:

PHM Bielefeld
Veilchenstraße 16
33659 Bielefeld

Tel: 0521-54375633
Fax: 0521-54375634
Mobil: 0170-6161791
Email: phm.bielefeld@gmail.com

Institutionskennzeichen:
IK 330 507 320

(Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausschließlich für die private Pflege verwendet werden.)

Datum: _____ Unterschrift (Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r): _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (Bitte zutreffendes ankreuzen)

PG 54 bis zu 42 € monatlich	☐	PG 54 bis zu 21 € monatlich	☐	PG 51 mit Zuzahlung	☐
PG 51 ohne Zuzahlung	☐	PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte/r	☐	PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte/r	☐

Datum

IK der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift