

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

**Bitte an Alippi GmbH, Pflegehilfsmittelcenter, Leipziger Straße 160, 08058 Zwickau Chemnitz senden oder an 0375 88303408 faxen**

**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		Anzahl/ Einheit	Nur von der Pflegekasse auszufüllen			
		benötigt werden:			genehmigt werden:		Anzahl/ Einheit	genehmigt bis
		ja	nein		ja	nein		
saugende Bettschutzeinlagen-Einmalgebrauch	50 Stck.							
Fingerlinge	100 Stck.							
Einmalhandschuhe	100 Stck.							
Mundschutz	1 Stck.							
Schutzschürzen Einmalgebrauch	100 Stck.							
Schutzschürzen wiederverwendbar	pro Stck.							
Händedesinfektionsmittel	500 ml							
Flächendesinfektionsmittel	500 ml							
Flächendesinfektionsmittel	1000 ml							

- 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
		benötigt werden:			genehmigt werden:			
		ja	nein		ja	nein		
saugende Bettschutzeinlagen wiederverwendbar	pro Stck.							

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)

**IK 331401622**

**Alippi**  
Pflegehilfsmittelcenter  
Leipziger Str. 160 · 08058 Zwickau  
Tel.: 0375 88303-170, -171  
Fax: 88303-408

**Nur auszufüllen von 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 und Unterschrift)