

Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten
 Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Absatz 1 i. V. m. § 40 Absatz 2 SGB XI
 Приложение 4 к Договору об обеспечении Страховщика определенными гигиеническими средствами
 по уходу §78 Абзац 1, § 40 Абзац 2 ФЗ XI

Antrag auf Kostenübernahme
Заявление о стоимости погашения затрат

Name, Vorname:		Geb.	
Strasse:		Tel.:	
PLZ, Wohnort:		Kd. Nr.	
Pflegekasse:		KV. Nr.	

- Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal 40,00 € / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 15,50 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.
 Я ходатайствую о перееме стоимости определенных гигиенических средств по уходу- Продукты группы (ПГ 54) - до мах.40 евро/ при разрешение на помощь до мах.15,50 евро в месяц. Разница в стоимости будет оплачена мной .

Artikel: / Продукт	Menge Preis / Количество Цена	Nur von Pflegebedürftigen ausfüllen / заполняется заявителем			Nur von der Pflegekasse auszufüllen / заполняется страховой компанией			
		benötigt werden: / требуются		Anzahl Einheit / Количество	genehmigt werden:		Anzahl Einheit Кол-во	Genehmigt bis Подтвержено до
		ja / да	nein / нет		ja	nein		
saugende Bettschutzeinlagen - Einmalgebrauch / Одноразовые впитывающие стельки для матраса	50 Stück (21,54 €)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fingerlinge / <i>Напальчник</i>	100 Stück (5,64 €)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Einmalhandschuhe / Одноразовые перчатки	100 Stück (7,18 €)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Mundschutz / Каппы	50 Stück (7,18 €)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schutzschürzen- Einmalgebrauch / Одноразовый Медицинский халат	100 Stück (13,34 €)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schutzschürzen- wiederverwendbar / Многоразовый Медицинский халат	pro Stück (25,05 €)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Händedesinfektionsmittel Дезинфицирующее средство для рук	500 ml (8,21 €)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Flächendesinfektions- mittel / Дезинфицирующее средство для обработки поверхностей	500 ml (6,16 €)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Absatz 1 i. V. m. § 40 Absatz 2 SGB XI
Приложение 4 к Договору об обеспечении Страховщика определенными гигиеническими средствами по уходу § 78 Абзац 1, § 40 Абзац 2 СГЗ XI

Antrag auf Kostenübernahme
Заявление о стоимости погашения затрат

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., sowie keine Befreiung nach § 40 Sbs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.
Средство по уходу за телом/ Гигиенические средства(ПГ 51) после вычитаной части 10% от 100, также без освобождения от Оплаты § 40 Sbs. 3 Satz 5 SGB XI.

Artikel: / статьи	Menge Preis / Количество Цена	benötigt werden: / требуются		Anzahl Einheit / Количество	genehmigt werden:		Anzahl Einheit Кол-во	Genehmigt bis Подтвержено до
		ja / да	nein / нет		ja	nein		
saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar Многоразовые впитывающие стельки для матрасца	pro Stück (25,50 €)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Lieferant:



HALL-MED-CARE GmbH
 Grenzstraße 19
 06112 Halle/Saale
 Tel.: 0345-24980914 * Fax: 0345-24980915
 IK 331 502 839

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

Учреждение фонда медсестер

- PG 54 bis zu 40,00 € monatlich
- PG 54 bis zu 15,50 € monatlich
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

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

Моей подписью, я подтверждаю, что желаемые гигиенические средства будут использоваться для личного использования в домашних условиях.

x

(Datum und Unterschrift des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)
 Дата и подпись застрахованного лица или Уполномоченное лицо

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift) /
 ИК фонда помощи, штамп и подпись