

**HMT Service GmbH**  
Georg-Flemmig-Straße 7  
36381 Schlüchtern

Tel.: 06661/73 924 0  
Fax: 06661/73 07 98  
Mail: [info@hmt-homecare.de](mailto:info@hmt-homecare.de)  
Web: [www.hmt-homecare.de](http://www.hmt-homecare.de)

## Antrag auf Kostenübernahme

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Pflegekasse: \_\_\_\_\_  
Versichertennummer: \_\_\_\_\_ Gen. Pflegegrad: \_\_\_\_\_  
Straße, PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

- 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.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	51.40.01.4

- durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen
HMT Service GmbH; Georg-Flemmig-Str. 7; 36381 Schlüchtern	590 644 714

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
(Datum und Unterschrift der/des Versicherten)

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54  
Bis maximal des monatlichen Höchstbetrages  
Nach § 40 Abs. 2 SGB XI

- PG 51 mit Zuzahlung  
 PG 51 ohne Zuzahlung  
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter  
 PG 51 ohne Zuzahlung/beihilfeberechtigter

PG 54 Beihilfeberechtigung  
Bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages  
Nach § 40 Abs. 2 SGB XI

\_\_\_\_\_  
(Datum)

\_\_\_\_\_  
(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)