

In nur 3 Schritten zur persönlichen und kostenlosen Pflegebox!



1. Antragsformular ausfüllen und an uns schicken

Bitte laden Sie das Antragsformular herunter und füllen es komplett aus. Oder fordern Sie dieses per Post an. Das Porto übernehmen wir.



2. Wir sprechen mit Ihrer Pflegekasse

Sie brauchen sich um nichts zu kümmern, wir nehmen Kontakt mit Ihrer Pflegekasse auf und holen die Genehmigung ein.



3. Wir schicken Ihnen Ihre persönliche Pflegebox

Der Antrag ist genehmigt und bei uns eingegangen, nun verschicken wir Ihre Pflegebox. Für Sie fallen keine Versandkosten an.



Auswahl Pflege-Paket

Wählen Sie aus den unten angebotenen Pflege-Paketen (bitte ankreuzen)

Kostenlose Service-Hotline

☎ 0800 9816000

1	200 Einmalhandschuhe 500ml Flächendesinfektion 500ml Händedesinfektion 100 Schutzschürzen	<input type="checkbox"/>	2	200 Einmalhandschuhe 50 Mundschutz 500 ml Händedesinfektion 100 Schutzschürzen	<input type="checkbox"/>	3	50 Bettschutzeinlagen (60x90 cm, 12 lagig) 500 ml Händedesinfektion 200 Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>
4	400 Einmalhandschuhe 500ml Händedesinfektion (2x)	<input type="checkbox"/>	5	200 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion (2x) 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/>	6	INDIVIDUAL-PAKET Sprechen Sie uns an - Wir beraten Sie gerne.	<input type="checkbox"/>
Größe der Einmalhandschuhe: S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/>			vinyl <input type="checkbox"/> nirtil <input type="checkbox"/> latex <input type="checkbox"/>					

Name des Versicherten/Pflegebedürftigen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Versicherte(r) ist: <input type="checkbox"/> gesetzlich pflegeversichert <input type="checkbox"/> privat pflegeversichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> versichert über Ortsamt/Sozialamt		

Angehörige(r)/Pflegeperson

Bitte eine private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Telefon:		E-Mail:
Pflegeperson ist: <input type="checkbox"/> Ehe-/Lebenspartner <input type="checkbox"/> (Schwieger)-Sohn/Tochter <input type="checkbox"/> Mutter/Vater <input type="checkbox"/> Freund(in)/Bekannte(r) <input type="checkbox"/> Betreuer(in)		
Pflegeperson ist gesetzlich bevollmächtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Pflegedienst

Name/Adresse Pflegedienst:	Stempel:
Pflegedienst: <input type="checkbox"/> pflegt/betreut die/den Pflegebedürftige(n) (Pflegeleistung nach § 36 bzw. § 38 SGB XI) <input type="checkbox"/> berät/begutachtet alle drei/sechs Monate die Pflegesituation (Pflegegeld nach § 37 SGB XI)	

Lieferung/Lieferadresse

Die monatliche Lieferung des Pflege-Pakets soll bitte erfolgen: (bitte ankreuzen)

an den Pflegedienst an den Versicherten/Pflegebedürftigen an die Pflegeperson

Ich habe Interesse an zusätzlichen Pflegehilfsmitteln oder Produkten für meine Pflege und möchte entsprechende Informationen erhalten
 per Post per E-Mail per Telefon (bitte ankreuzen)

X

Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Unser Produktsortiment

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Stomaversorgung | <input type="checkbox"/> Diabetikerbedarf |
| <input type="checkbox"/> Enterale Ernährung | <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> Hygiene & Desinfektion |
| <input type="checkbox"/> Portversorgung | <input type="checkbox"/> Wundversorgung | <input type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel |

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Abs. 1 i. V. m. § 40 Abs. 2 SGB XI

Name/Vorname Geb.-Datum Versicherten Nummer / Krankenkasse

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 hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes bitte 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
Größe der Einmalhandschuhe	S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/>	vinyl <input type="checkbox"/> nirtil <input type="checkbox"/> latex <input type="checkbox"/>

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10%, soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen wiederverwendbar	51.40.01.4

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

X

Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung | <input type="checkbox"/> PG 54 |
| <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung | bis maximal des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI |
| <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter | <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung |
| <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter | bis maximal der Hälfte des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI |

Datum

IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift

iLLENSEER
Der Home & Care Service

www.illenseer.de

Entgelt
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

Illenseer Hospitalia GmbH
Laitermatten 1-3
79224 Umkirch

Absender: