

Auswahl Pflege-Paket

Wählen Sie aus den unten angebotenen Pflege-Paketen (bitte ankreuzen)
Sie können jeden Monat eine neue Zusammenstellung wählen.

Kostenlose Service-Hotline
 **0800 9816000**

1	200 Einmalhandschuhe 500ml Flächendesinfektion 500ml Händedesinfektion 100 Einmalschutzlätzchen	2	200 Einmalhandschuhe 50 Mundschutz 500 ml Händedesinfektion 100 Schutzschürzen	3	50 Bettschutzeinlagen (60x90 cm, 12 lagig) 500 ml Händedesinfektion 200 Einmalhandschuhe
4	400 Einmalhandschuhe 500ml Händedesinfektion (2x)	5	200 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion (2x) 500 ml Flächendesinfektion	6	INDIVIDUAL-PAKET Sprechen Sie uns an – Wir beraten Sie gerne.
Größe der Einmalhandschuhe:			S M L XL	vinyl nitril latex	

Name des Versicherten/Pflegebedürftigen

Frau Herr	Vorname:	Name:
Versicherte(r) ist: gesetzlich pflegeversichert privat pflegeversichert beihilfeberechtigt versichert über Ortsamt/Sozialamt		

Angehörige(r)/Pflegeperson

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

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

Pflegedienst

Name/Adresse Pflegedienst:	Stempel:
Pflegedienst: pflegt/betreut die/den Pflegebedürftige(n) (Pflegeleistung nach § 36 bzw. § 38 SGB XI) 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

- Aufsaugende Inkontinenz
- Trink- und Zusatznahrung
- Diabetikerbedarf
- NPWT (Vakuumtherapie)
- Ableitende Inkontinenz
- Stomaversorgung
- Pflegehilfsmittel
- Hygiene & Desinfektion
- Enterale Ernährung
- Tracheostoma
- Kompressionstherapie
- Müllentsorgungssysteme
- Portversorgung
- Wundversorgung

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	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzlätzchen - Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.4001
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"/> nitril <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
<input type="text"/>	saugende Bettschutzeinlagen wiederverwendbar mit Einschlagflügel <input type="checkbox"/> ohne Einschlagflügel <input type="checkbox"/>	51.40.01.4

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden. Meine Daten dürfen für den Zweck und die Dauer der Leistungserbringung genutzt werden.

X

Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

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

- PG 54
 bis maximal des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
 PG 54 Beihilfeberechtigung
 bis maximal der Hälfte des monatl. Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

Datum

IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift