

Pflege-Paket bestellen

Besteller: (wie Antragsteller Kostenübernahme)

(Vom Versicherten/bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Herr Frau

(Name, Vorname)

Welches Paket möchten Sie als erstes erhalten?
(Sie können jeden Monat eine neue Zusammenstellung wählen)

Paket – Beispiel 1

50 Bettschutzeinlagen
100 Einmalhandschuhe
500ml Händedesinfektion
500 ml Flächendesinfektion

Paket – Beispiel 2

100 Schutzschürzen
100 Einmalhandschuhe
50 Mundschutz
2 x 500 ml Flächendesinfektion

Paket – Beispiel 3

50 Bettschutzeinlagen
3 x 500 ml Händedesinfektion

Paket – Beispiel 4

100 Bettschutzeinlagen

Paket – Beispiel 5

200 Einmalhandschuhe
2 x 500 ml Händedesinfektion
2 x 500 ml Flächendesinfektion

Paket – Beispiel 6

50 Bettschutzeinlagen
300 Einmalhandschuhe

Ich benötige eine abweichende, individuelle Zusammenstellung. (Wir kontaktieren Sie, um Ihren individuellen Bedarf abzustimmen)

Einmalhandschuhe bitte in der Größe: S M L XL

Pflegeperson, z.B. Angehörige(r)

(Name, Vorname)

(Telefon)

(E-Mail, optional)

(Anschrift: Straße und Nr., PLZ, Wohnort)

Lieferadresse

Ich möchte mein Pflegepaket geliefert bekommen **(bitte ankreuzen)**

an meine eigene Adresse

an die obige Adresse der Pflegeperson

Ich beauftrage die PflegeWelt GmbH mit der Lieferung von Pflegehilfsmitteln gem. §578 I i. V. m. 40 II SGB XI sowie mit der Abrechnung der Kosten mit meiner Pflegekasse. Zudem bevollmächtige ich die PflegeWelt GmbH, den von mir gestellten Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel an meine Pflegekasse weiterzuleiten, den Bescheid der Pflegekasse entgegenzunehmen und ggf. Rücksprache mit der Pflegekasse zu halten. Zum Zweck der Vertragserfüllung und Abrechnung dürfen meine persönlichen Daten durch die PflegeWelt GmbH und die von ihr beauftragten Unternehmen erhoben, gespeichert und verarbeitet werden.

Im Bezug auf Ihre Daten steht Ihnen ein jederzeitiges Auskunftsrecht gegenüber der PflegeWelt GmbH zu. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit durch Anruf (Tel.:089-21 7 68026) Brief (PflegeWelt GmbH, Rathausstraße 2, 20095 Hamburg), Fax (0800 72398706) oder per E-Mail (service@pflege-paket.de) mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Antrag auf Kostenübernahme

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift: Straße und Nr., PLZ, Wohnort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

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

Bitte benötigte Artikel ankreuzen:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1 001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

durch folgenden Leistungserbringer:

PflegeWelt GmbH, Rathausstraße 2, 20095 Hamburg

(Name und Anschrift)

IK-330204391

(Institutionskennzeichen)

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

(Wird durch die Pflegekasse für Sie ausgefüllt)

PG 54
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung
bis maximal der Hälfte 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

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)