

GRIGLIA COORDINATE 10x10

Coordinate in FUCSIA:

Formato: X,Y

X = orizzontale (da sinistra)

Y = verticale (dal BASSO)

fliegebox bei Pflege Teufel zusammen



Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Frau: <input type="checkbox"/> Herr: <input type="checkbox"/>									
Vorname: <input type="text"/> Nachname: <input type="text"/>									
Strasse/Nr.: <input type="text"/>									
Telefon: <input type="text"/>									
Pflegegrad: (Bitte unbedingt angeben!) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ich habe einen Pflegegrad beantragt									
Versichert(er) ist: <input type="checkbox"/> gesetzlich pflegeversichert <input type="checkbox"/> privat pflegeversichert <input type="checkbox"/> beihilferechtigt									
Stellen Sie sich Ihre individuelle Fliegebox nach Ihren Bedürfnissen zusammen									

Angehörige(n)/Pflegeperson

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

Frau: <input type="checkbox"/> Herr: <input type="checkbox"/>									
Vorname: <input type="text"/> Nachname: <input type="text"/>									
Strasse/Nr.: <input type="text"/>									
Telefon: <input type="text"/>									
Pflegeperson ist: <input type="checkbox"/> Familienangehörige(r) <input type="checkbox"/> Private Pflegeperson <input type="checkbox"/> Gesetzlich bestellte(r) Betreuer(in)									

Pflegebox

Stellen Sie sich Ihre individuelle Pflegebox nach Ihren Bedürfnissen zusammen

<input type="checkbox"/> Einmalmundschutzhülle	<input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/> Mundschutz	<input type="checkbox"/> Esslätzchen
<input type="checkbox"/> Schutzhandschuhe lang (einmal verwendbar)	<input type="checkbox"/> Schutzhandschuhe lang (wieder verwendbar)	<input type="checkbox"/> Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> Flächendesinfektionsmittel
<input type="checkbox"/> Handdesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> Handdesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> Handdesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/> Handdesinfektionsmittel

Handschuhgröße:

<input type="checkbox"/> XS	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL
<input type="checkbox"/> XS	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL

Handschuhgröße:

<input type="checkbox"/> XS	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL
<input type="checkbox"/> XS	<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL

Rechnungsempfänger

<input type="checkbox"/> Versicherte(r)/Pflegebedürftige(r)	<input type="checkbox"/> Angehörige(r)/Pflegeperson
---	---

Firma

<input type="checkbox"/> Unterschrift Versicherte(n)	<input type="checkbox"/> Unterschrift Bevollmächtigte(n)
--	--

Firma

<input type="checkbox"/> Unterschrift Versicherte(n)	<input type="checkbox"/> Unterschrift Bevollmächtigte(n)
--	--

Firma

<input type="checkbox"/> Unterschrift Versicherte(n)	<input type="checkbox"/> Unterschrift Bevollmächtigte(n)
--	--

Firma

<input type="checkbox"/> Unterschrift Versicherte(n)	<input type="checkbox"/> Unterschrift Bevollmächtigte(n)
--	--

Anlage 2 –Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Musterstraße 123, 51063 Köln

Schmidt, Maria

15.03.1955

A123456789

Name, VornameGeburtsdatumVersichertennummer

adresse....AOK Rheinland/Hamburg

Anschrift: Straße, PLZ, WohnortPflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel– positionsnummer	Rechen– größe	Menge/Fak– tor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	<div></div>	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker la– texfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<div></div>	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergi– ker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<div></div>	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<div></div>	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP–2 oder ver– gleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	<div></div>	
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<div></div>	
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<div></div>	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	<div></div>	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<div></div>	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<div></div>	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<div></div>	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<div></div>	

☐ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechen– größe	Menge ein– tragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück	<div></div>	

Bestellformular Pflegebox

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
Agentur Pflege Teufel Regentenstraße 88 51063 Köln	5 9 0 5 2 3 2 2 8

☐ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind, die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs:

- ☐ Beratung in den Geschäftsräumen
- ☐ Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
- ☐ Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

- ☐ mich persönlich und/oder
- ☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen) beraten

Datum der Beratung:

--	--	--	--	--	--	--	--

Beratende/r Mitarbeiter/in:

☐ Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

☐ Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

☐ PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Absatz 2 SGB XI

☐ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

(Datum)

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

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Empfänger/Pflegekasse:

Absender:

Name

Straße

PLZ, Ort

- - - - - Falten Sie das Dokument entlang dieser Linie und die Anschrift des Empfängers erscheint im Fenster des Briefumschlages - - - - -

Wechselerklärung

Name Versicherter _____

Versicherten-Nr. _____ Geburtsdatum _____

Datum _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich den Bezug der Pflegehilfsmittel zum Verbrauch bei meinem bisherigen Leistungsanbieter
zum _____.

Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch.

Ab dem _____

möchte ich die Pflegehilfsmittel für meine Pflegeperson von folgendem Leistungsanbieter beziehen:

Pflege Teufel
Regentenstraße 88
51063 Köln

Ich bitte Sie, die ausgesprochene Kostenzusage auf die proSenio GmbH zu übertragen.

Mit freundlichen Grüßen

Unterschrift