

Bestellformular Pflegehilfsmittel

1 Name des Antragsstellers (Pflichtangaben) Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input type="checkbox"/> Frau <input checked="" type="checkbox"/> Herr	Vorname: Enes	Name: ÜNAL
Straße/Nr.: Adres		PLZ/Ort: adres
Telefon: 0534 391 34 10		E-Mail: enesunal700@gmail.com
Pflegegrad: (Bitte unbedingt angeben!) <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Pflegegrad		
Versicherte(r) ist: gesetzlich pflegeversichert <input checked="" type="checkbox"/> privat pflegeversichert beihilfeberechtigt über Ortsamt/Sozialamt versichert		

2 Angehörige(r)/Pflegeperson (Optionale Angaben) Bitte die wichtigste **private** Pflegeperson oder Betreuer(in) eintragen

<input checked="" type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname: enes	Name: ünal
Straße/Nr.: enes		PLZ/Ort: enes
Telefon: enes		E-Mail: enes

3 Auswahl der Pflegebox (Pflichtangaben) Bitte kreuzen Sie hier die gewünschte Pflegebox an

<input type="checkbox"/> Pflegebox Standard Nitril Handschuhe Mundschutz Flächendesinfektion (1.000 ml, Spray) Handdesinfektionsgel (500 ml, Pumpspender)	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegebox Inkontinenz 50 Bettschutzunterlagen Flächendesinfektion (1.000 ml, Spray) Handdesinfektionsgel (500 ml, Pumpspender)	<input type="checkbox"/> Pflegebox Desinfektion 2x Flächendesinfektion (2x 1.000 ml, Spray) 2x Handdesinfektionsgel (2x 500 ml, Pumpspender)	<input type="checkbox"/> Pflegebox individuell (maximal 10 Punkte ankreuzen) Bettschutzunterlagen (25 Stk.) 3 Punkte Besucherschürzen (100 Stk.) 3 Punkte Flächendesinfektion (1.000 ml, Spray) 3 Punkte Handdesinfektionsgel (500 ml, inkl. Pumpspender) 2 Punkte Nitril Handschuhe (100 Stk.) 2 Punkte Mundschutz (50 Stk.) 2 Punkte Fingerlinge (100 Stk.) 1 Punkt + "Dankeschön" (Nur 1 Produkt ankreuzen)
+ Gratis Feuchte Waschhandschuhe mit Barriere Schutzcreme	+ Gratis Inkontinenz Reinigungs-/Pflegetücher	+ Gratis Shampoo Haube (wasserloses Haare waschen)	<input type="checkbox"/> Gratis Inkontinenz Reinigungs-/Pflegetücher <input type="checkbox"/> Gratis Shampoo Haube (wasserloses Haare waschen) <input type="checkbox"/> Gratis Feuchte Waschhandschuhe mit Barriere Schutzcreme

BEI AUSWAHL NITRIL HANDSCHUHE BITTE GRÖÖE ANGEBEN : S ☐ M ☒ L ☐ XL ☐

BEI AUSWAHL FINGERLINGE BITTE GRÖÖE ANGEBEN : S ☐ M ☐ L ☒ XL ☐

4 Lieferadresse (Pflichtangabe) monatliche Lieferung Ihrer Pflegebox an

<input type="checkbox"/> die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n)	<input checked="" type="checkbox"/> die/den Angehörige(n)/Pflegeperson den Pflegedienst ACHTUNG: Bitte Vollmacht unter Punkt 5 ausfüllen !
---	---

5 Vollmacht Pflegedienst (Optionale Angaben) Nennen Sie bitte den betreuenden Pflegedienst

Hiermit bevollmächtige ich den Pflegedienst zur Annahme von Lieferungen, zur Unterzeichnung von Lieferbescheinigungen, sowie zur Erteilung von Abstellgenehmigungen für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch :

Name Pflegedienst, Referenz/Partnernummer:	
Straße/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Ansprechpartner:

2024-03-08 12:30:05

Datum

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

6 Rechnungsempfänger (Optionale Angaben) Nur bei privat Versicherten und/oder Beihilfeberechtigten

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

7

☐ Ich habe die AGB (www.pflegedienstbox.de/agb) zur Kenntnis genommen.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die Hausmann Care GmbH, Klosterstr. 58 45481 Mülheim an der Ruhr, die von mir zuvor gemachten Angaben verarbeitet, um mich über Pflege- & Gesundheitsthemen zu informieren. Meine Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auch auf die Verarbeitung von Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an datenschutz@hausmann-care.com oder per Post an Hausmann Care GmbH, Klosterstr. 58, 45481 Mülheim an der Ruhr widerrufen. Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Hausmann Care GmbH können Sie den beigefügten Datenschutzhinweisen entnehmen, welche auch unter www.pflegedienstbox.de/datenschutz abrufbar sind.

2024-03-08 12:30:05

Datum

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI (analog Anlage 4)

1 Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen (Pflichtangaben) Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Frau <input checked="" type="checkbox"/> Herr	Vorname: * enes	Name: * ünal
Straße/Nr.: * adres		PLZ/Ort: * adres
Geb.-Datum: * (Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse) adres		
Pflegekasse: * adres		Versicherten-Nr.: * (Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse) adres

2 Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis maximal 40 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen (Pflichtangaben)

Bitte zutreffendes ankreuzen	Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
<input type="checkbox"/>	Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge puderfrei	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe puderfrei	54.99.01.1001
<input checked="" type="checkbox"/>	Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
<input checked="" type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0002

3 Wechselklärung bisheriger Leistungserbringer (Optionale Angaben)
Falls Sie bereits zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel eines anderen Leistungserbringers erhalten

☒ Ja, hiermit kündige ich den Bezugen Bezug der Pflegehilfsmittel zum Verbrauch bei meinem bisherigen Leistungsanbieter zum nächstmöglichen Datum. Fortan möchte ich die Pflegehilfsmittel des Leistungserbringers Hausmann Care GmbH, Kloster. 58, 45481 Mülheim an der Ruhr, erhalten.

4 Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift: Hausmann Care GmbH Klosterstr. 58, 45481 Mülheim an der Ruhr	Institutionskennzeichen: IK 590522911
--	--

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

2024-03-08 12:30:05

☒

Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse
(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

☐ PG 54 bis € 40 monatlich
☐ PG 51 ohne Zuzahlung

☐ PG 54 bis € 20 monatlich
☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)

☐ PG 51 mit Zuzahlung
☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift