

Ihre kostenlose Bestellung zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

mediclean

Ihr Partner für
Home Care Service.

Besteller (Antrag auf Kostenübernahme) auszufüllen vom Versicherten oder Angehörigen / Betreuer

Frau Herr Vorname Nachname

Auswahl eines Paketes mit kostenfreien Pflegehilfsmitteln (bitte nur ein Kreuz)

Stellen Sie sich Ihr individuelles Paket zusammen:

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> PAKET 1: Bettschutz, 50 Stück Handschuhe, 200 Stück | <input type="checkbox"/> PAKET 2: Bettschutz, 50 Stück Handschuhe, 100 Stück Schutzschürzen, 100 Stück | <input type="checkbox"/> PAKET 3: Händedesinfektion, 500 ml Bettschutz, 30 Stück Handschuhe, 100 Stück |
| <input type="checkbox"/> PAKET 4: Flächendesinfektion, 500 ml Bettschutz, 30 Stück Handschuhe, 100 Stück | <input type="checkbox"/> PAKET 5: Händedesinfektion, 500 ml Flächendesinfektion, 500 ml Schutzschürzen, 100 Stück Mundschutz, 50 Stück Handschuhe, 100 Stück | <input type="checkbox"/> PAKET 6: Händedesinfektion, 500 ml Flächendesinfektion, 500 ml Handschuhe, 200 Stück |

Die Einmalhandschuhe in der Größe: S M L XL

Bettschutzaufgabe waschbar (PG 51)

Individuelle Liefermodalitäten können Sie jederzeit mit uns besprechen.
Servicehotline: **034203 - 430 150**

Angehörige/r (bzw. die wichtigste private Pflegeperson oder die/der Betreuer/in)

Frau Herr Vorname Nachname

Straße, Nr. PLZ, Ort

Telefon E-Mail

Pflegeperson ist: Ehe-/Lebenspartner/in Tochter/Sohn Schwiegertochter/-sohn Enkel/in Mutter/Vater
 sonstige/r Verwandte/r Freund/in/Bekannte/r Nachbar/in Andere/r Ehrenamtliche/r

Pflegedienst (bitte immer komplett ausfüllen und zutreffende Versorgung ankreuzen)

Name des Pflegedienstes/ der Sozialstation:

Straße, Nr. PLZ, Ort

Lieferung und Informationen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

| | | |
|--|---|---|
| Die monatliche Lieferung soll erfolgen: <input type="checkbox"/> über Pflegedienst (wenn möglich) <input type="checkbox"/> einen Paketdienst | Bei Lieferung über Paketdienst: <input type="checkbox"/> direkt an meine Adresse <input type="checkbox"/> an obige Adresse meiner Angehörigen | Bitte prüfen Sie, ob eine Annahme unter der angegebenen Lieferadresse problemlos möglich ist! |
|--|---|---|

Ich habe Interesse an der Versorgung mit zusätzlichen Pflegehilfsmitteln und Produkten für die Pflege und möchte entsprechende Informationen

per Post per E-Mail
 Inkontinenz aufsaugend Nahrungsergänzung Bad & Toilette
 Inkontinenz ableitend Körperpflege Stoma-Versorgung
 Wundversorgung

Ort/Datum

Unterschrift Versicherte/r
oder Bevollmächtigte/r

Ihr Antrag auf Kostenübernahme zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln

gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI



Versicherte/r (vom Versicherten oder vom bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr Vorname: | Nachname: |
| Straße, Nr. | PLZ, Ort |
| Geb.-Datum | Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |
| Telefon | E-Mail |
| Pflegekasse | Versicherten-Nr. |

Bitte beachten: Sie geben nun aufgrund des PSG II 2017 Pflegegrade an.

Ich beantrage die Kostenübernahme

für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI/ Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

| zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) | Zutreffendes ankreuzen | Anzahl/Einheit | Pflegehilfsmittelpositionsnr. |
|---|--------------------------|----------------|-------------------------------|
| Händedesinfektionsmittel | <input type="checkbox"/> | | 54.99.02.0001 |
| Flächendesinfektionsmittel | <input type="checkbox"/> | | 54.99.02.0002 |
| Handschuhe zum Einmalgebrauch | <input type="checkbox"/> | | 54.99.01.1001 |
| Fingerlinge | <input type="checkbox"/> | | 54.99.01.0001 |
| Mundschutz | <input type="checkbox"/> | | 54.99.01.2001 |
| Schutzschürzen zum Einmalgebrauch | <input type="checkbox"/> | | 54.99.01.3001 |
| Schutzschürzen, wiederverwendbar | <input type="checkbox"/> | | 54.99.01.3002 |
| Saugende Bettschutzauflagen zum Einmalgebrauch | <input type="checkbox"/> | | 54.45.01.0001 |

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51)

unter Abzug des gesetzlichen Eigenanteils, soweit keine Befreiung vorliegt.

| Stückzahl pro Quartal | Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) | Pflegehilfsmittelpositionsnummer |
|-----------------------|--|----------------------------------|
| | Saugende Bettschutzauflagen, wiederverwendbar | 51.40.01.4 |

durch folgenden Leistungserbringer:

| Name und Anschrift | Institutionskennzeichen (sofern bekannt) |
|--|--|
| mediclean HomeCareService GmbH, Spenglerallee 12-14, 04442 Zwenkau | IK 331400698 |

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und zudem ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen. Ich beauftrage die mediclean HomeCareService GmbH mit der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit der Pflegekasse.

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.

Hier unterschreiben

Ort/Datum Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

| | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal des monatl. Höchstbetrages | Datum _____ | mediclean HomeCareService GmbH Spenglerallee 12-14 04442 Zwenkau IK-NR : 331400698 |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages | | |
| <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung | (IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift) | |
| <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung | | |
| <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter | | |
| <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfenberechtigter | | |