

Pflegepaket Bestellschein



Wählen Sie Ihr Pflegepaket aus (bitte ankreuzen):

Pflegepaket	1	2	3	4	Wunschkpaket*
Bettschutzeinlagen	30 Stk.	-	2 x 30 Stk.	30 Stk.	
Einmalhandschuhe	100 Stk.	100 Stk.	100 Stk.	-	
Händedesinfektion	500 ml	500 ml	-	-	
Flächendesinfektion in 60 Stk. Tüchern	500 ml	2 x 500 ml	500 ml	500 ml	
Flächendesinfektion	-	-	-	-	
Mundschutz	50 Stk.	-	-	-	
FFP2-Masken	-	10 Stk.	-	-	
Einmalschürze	-	-	-	-	
Waschbarer Schutzlatz (Frottee)	-	-	-	1 Stk.	

* bis maximal 40€

Handschuhgröße: S M L XL Handschuhmaterial: Vinyl Nitril

Gerne stellen wir mit Ihnen ein auf Ihre Bedürfnisse abgestimmtes Paket zusammen.

Ich wünsche eine regelmäßige Lieferung jeweils zum **5.** **10.** **15.** **20.** des Monats.

Pflegebedürftige Person

Lieferanschrift

Vorname Name
 Straße/Nr. PLZ/Ort
 Telefon E-Mail

Pflegegrad (bitte unbedingt angeben) **1** **2** **3** **4** **5**

Pflegende Person

Lieferanschrift

Vorname Name
 Straße/Nr. PLZ/Ort

Pflegedienst

Lieferanschrift

Name des Pflegedienstes
 Straße/Nr. PLZ/Ort
 Telefon Ansprechpartner

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich meine zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel in Zukunft über die Firma **mediclean** beziehe und zeitgleich keinen anderen Leistungserbringer in Anspruch nehme. Ich willige hiermit in die Verwendung meiner oben genannten Daten ein. Es besteht das Recht, der Verwendung der Daten zu widersprechen – per E-Mail an **info@mediclean.de** oder postalisch an **mediclean HomeCareService GmbH**, Spenglerallee 12-14, 04442 Zwenkau. Die Datenschutzhinweise und AGB sind unter **www.mediclean.de/datenschutz** einsehbar.

.....
 Ort, Datum Unterschrift

Wir helfen Ihnen gerne!
034203 430 150



Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §§ 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI

Antrag auf Kostenübernahme

.....
(Name, Vorname) (Geburtsdatum) (Pflegekasse) (Versichertennummer)

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

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 hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe Größe:	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	Saugende Bettschutzeinlagen – 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 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 oder Bevollmächtigte/r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- 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)