

Zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten die Chance nutzen und Ihnen ein kostenloses Angebot unterbreiten.

Sie haben einen Pflegegrad? Sie benötigen Pflegehilfsmittel? Dann sind wir der richtige Partner für Sie.

Mit Ihrer Pflegekasse gibt es die Vereinbarung, dass diese die Kosten für bestimmte Pflegehilfsmittel im Wert von 40 € im Monat vollumfänglich übernimmt. Es entstehen für Sie keine Kosten.

So einfach geht's:

1. Füllen Sie den beiliegenden Antrag aus.
2. Wählen Sie Ihre gewünschte mediCareBox aus und machen entsprechend Ihr Kreuz auf dem Formular.

1	40 Bettschutzeinlagen 500ml Händedesinfektion 500ml Flächendesinfektion 100 Einmalhandschuhe Größe M oder L	2	40 Bettschutzeinlagen 500ml Händedesinfektion 200 Einmalhandschuhe Größe M oder L	3	45 Bettschutzeinlagen 500ml Flächendesinfektion 200 Einmalhandschuhe Größe M oder L
4	50 Mundschutz 100 Einmalschürzen 500ml Flächendesinfektion 500ml Händedesinfektion 100 Einmalhandschuhe Größe M oder L	5	500ml Händedesinfektion 500ml Flächendesinfektion 300 Einmalhandschuhe Größe M oder L	6	75 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe Größe M oder L

3. Bitte unterschreiben Sie das beiliegende Formular an den mit X gekennzeichneten Stellen.
4. Schicken Sie uns das Formular zurück.
5. Sobald uns die Genehmigung Ihrer Pflegekasse vorliegt beliefern wir Sie gern jeden Monat.

Haben Sie noch Fragen? Dann rufen Sie uns gerne unter 02324/9020666 an.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr mediroent Team

Antrag auf Kostenübernahme

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



IK 590591129

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen:

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Geb.-Datum:	Kd.-Nr.:	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> kein <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.:

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe 54 - bis maximal 40,00 € monatlich (bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 €). Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchsmittel (PG 54)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen	54.45.01.0001
Fingerlinge	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe Größe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L	54.99.01.1001
Mundschutz	54.99.01.2001
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
Händedesinfektion	54.99.02.0001
Flächendesinfektion	54.99.02.0002

Geben Sie hier bitte an welche medicareBox (1-6) Ihrer Auswahl entspricht:	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

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

Verbrauchsmittel (PG51) (zusätzlich zu den 40,00 € können jährlich bis zu 4 waschbare Bettschutzeinlagen beantragt werden)	Stück á 26,16 € (Anzahl eintragen)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	wird von der Pflegekasse ausgefüllt	
			genehmigt	nicht genehmigt
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)		51.40.01.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich beauftrage die medi roent GmbH mit der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

X _____ Datum
 X _____ Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis 40 € monatl.
 PG 54 bis 20 € monatl.
 PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte

_____ Datum _____ Stempel/Unterschrift der Pflegekasse Mitarbeiter: _____