

Pflegehilfsmittel – Wechselerklärung

Hinweis

Der Versicherte/Pflegebedürftige hat das Recht selbst zu entscheiden, bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer er die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt. Er ist auch frei, den Lieferanten jederzeit zu wechseln, ohne dass er hierdurch Nachteile bei der Versorgung durch den Pflegedienst befürchten muss. Für zurückgesendete Pakete erheben wir eine Bearbeitungsgebühr von 9,90 Euro.

Hinweise zum Datenschutz

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass folgende personenbezogenen Daten (Vorname, Nachname, Anschrift) zwecks Ausführung (Versand) meiner Bestellung an den derzeitigen Versandanbieter (welcher zuvor durch das ausgewählte Gesundheitshaus bzw. Sanitätshaus autorisiert wird), übermittelt werden. Name und Anschrift des derzeitigen Versandanbieters erhalten Sie auf unserer Homepage: www.heidenunddoemer.de/pflegehilfsmittel sowie auf eine telefonische Nachfrage. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Interesse an Informationen

- Mit Ankreuzen des vorstehenden Kästchens und meiner Unterschrift, willige ich in die Verwendung meiner Daten zur Übersendung entsprechender Informationen per Post/E-Mail und/oder Telefon durch das ausgewählte Gesundheitshaus bzw. Sanitätshaus ein. Ihre Daten werden zu Werbezwecken nicht an Dritte weitergegeben. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die private Pflege verwendet werden dürfen (und nicht für den Bedarf von Pflegediensten gedacht sind).

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte/r / Bevollmächtigte/r

Handschuhgröße (Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.)

- S M L XL

Die monatliche Lieferung soll an folgende Adresse geliefert werden:

- Versicherte/r Pflegeperson Selbstabholung in einer Filiale:



Bad Waldliesborn
Parkstraße 13
59556 Bad Waldliesborn

Bremen
Horner Heerstraße 33
28359 Bremen

Delbrück
Lange Straße 44
33129 Delbrück

Hamm (Hauptsitz)
Nassauer Straße 1–3
59065 Hamm

Münster
Pottkamp 17
48149 Münster

Bielefeld
Alfred-Bozi-Straße 3
33602 Bielefeld

Datteln
Heibeckstraße 30
45711 Datteln

Dortmund
Pariser Bogen 5–7
44269 Dortmund

Herford
Hansastraße 26
32049 Herford

Werne
Bült 2
59368 Werne



Castrop-Rauxel
Freiheit Straße 23
44581 Castrop-Rauxel

Ochtrup
Töpferstr. 2
48607 Ochtrup

Osnabrück
Mindener Str. 199
49084 Osnabrück

Bramsche
Am Markt 15
49565 Bramsche

Sundern
Hauptstraße 192
59846 Sundern

Osnabrück
Bierstraße 10a
49074 Osnabrück

Emsdetten
In der Lauge 20-22
48282 Emsdetten



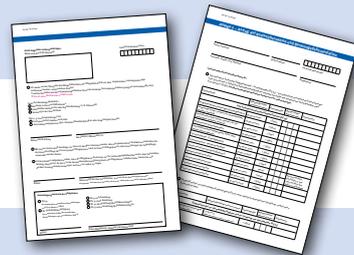


Unsere Pflegepakete: einfach per E-Mail individuell anpassen

Wenn ein Pflegegrad besteht, haben Sie monatlich einen Anspruch auf Pflegehilfsmittel (z. B. Einmalhandschuhe, Flächen- oder Händedesinfektionsmittel). Die Kosten dafür werden von Ihrer Pflegekasse übernommen. Lassen Sie sich die Pflege erleichtern und sichern Sie sich eine eigenständige Lebensführung.

**Antrag ausfüllen und kostenlos versenden. Den Rest erledigen wir.
So einfach geht's:**

Schritt 1
Formulare ausfüllen.



Schritt 2
Per E-Mail oder per Rückumschlag kostenlos versenden.



Schritt 3
Wir kümmern uns um die Genehmigung durch Ihre Pflegekasse.



Schritt 4
Nach Genehmigung liefern wir das von Ihnen ausgewählte Pflegepaket per Post an Sie aus. Sie können für die Folgelieferungen jederzeit ein anderes Pflegepaket auswählen.

Falls Sie ein anderes Pflegepaket auswählen möchten,
können Sie dies per Telefon 0 23 81 / 915 90-11
oder per Mail: pflge@medisan-gesund.de

weitere Informationen auf www.heidenunddoemer.de/pflegehilfsmittel



Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Name, Vorname	Geburtsdatum	Versichertennummer							
_____								_____	
Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort								Pflegekasse	

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	Rechengröße	Menge/Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück		
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück		
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück		
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück		
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück		
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück		
Schutzschürzen – wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück		
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück		
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml		Bei 500 ml bitte den Faktor 5, bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml		
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück		
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück		

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

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer	Rechengröße	Menge/Faktor bitte eintragen	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		

durch folgenden Leistungserbringer:

Medisan GmbH & Co. KG
 Fachhandel für Arztbedarf
 Nassauerstraße 1-3
 59065 Hamm

Institutionskennzeichen:

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

- 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 beraten 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

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> PG 54
bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Absatz 2 SGB XI | <input type="radio"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="radio"/> PG 54 Beihilfeberechtigung
bis maximal der Hälfte des monatlichen
Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | <input type="radio"/> PG 51 ohne Zuzahlung |
| | <input type="radio"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| | <input type="radio"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |

 Datum

 IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift