

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	Rechen- größe	Menge/Fak- tor 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	Rechen- größe	Menge ein- tragen	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:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
	3 3 0 5 9 7 2 3 8

- 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 und/oder
- meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

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

PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages

nach § 40 Absatz 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

(Datum)

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Bestellformular



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

Bitte in **DRUCKBUCHSTABEN** ausfüllen

Pflegeperson (bitte die wichtigste private Pflegeperson oder Betreuer/in eintragen)

Herr Frau

Name, Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon/Mobil _____ E-Mail _____

Ehe-/Lebenspartner

Als Betreuer gesetzlich bevollmächtigt

(Schwieger)-tochter/-sohn

Nicht gesetzlich bevollmächtigt

Sonstiger Angehöriger/Freund

Pflegedienst (bitte ausfüllen falls zutreffend)

Name Pflegedienst _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon/Mobil _____ E-Mail _____

Lieferung der Box an (bitte unbedingt ausfüllen)

Versicherte/r

Pflegeperson/Betreuung

Lieferoptionen

Erstbestellung Pflegebox

Lieferantenwechsel ab _____

Bitte Handschuhgröße festlegen*

S M L XL

* Wenn nichts angekreuzt ist, werden Handschuhe in Größe M geliefert.

Abtretungserklärung/Beauftragung/AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit beauftrage ich die teamVitaale Gesundheitsservice GmbH (Lange Wende 5a in 59069 Hamm; Tel: 02385-93513-0; Registergericht: HRA; Registernummer: 16998; Geschäftsführer Marcus Diekmann) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragssteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber meiner Pflegekasse an die teamVitaale Gesundheitsservice GmbH ab. Hiermit stimme ich der Verarbeitung meiner im Bestellformular angegebenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten zum Zweck der Information und Leistungserbringung durch die teamVitaale Gesundheitsservice GmbH zu. Meine Daten können in diesem Rahmen auch an Dritte weitergegeben werden. Die Datenschutzhinweise (einzu-sehen unter: <https://pflegerwohl.de/datenschutz>) habe ich zur Kenntnis genommen. Ein Widerruf meines Einverständnisses, (z.B. per E-Mail an widerruf@pflegerwohl.de) ist jederzeit möglich. Ich akzeptiere die AGB der Vitaalebox und bin über mein Widerrufsrecht informiert worden (einzusehen am Ende des Dokuments). Sofern ich die oben genannten Einwilligungen und Erklärungen für einen Dritten, z.B. eine pflegebedürftige Person abgebe, versichere ich, dass mich die Dritte Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und kann der teamVitaale Gesundheitsservice GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen.

Bitte informieren Sie mich per E-Mail über interessante Angebote. Diese Einwilligung kann jederzeit am Ende jedes Newsletter oder per Mail an newsletter@pflegerwohl.de widerrufen werden.

Datum **X** _____ Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) **X** _____

Vitaalebox von



Damit es Ihnen gut geht

teamVitaale Gesundheitsservice GmbH | Lange Wende 5a
59069 Hamm | Telefon 02385-93513-0 | Fax 02385-93513-299
E-Mail vitaalebox@pflegerwohl.de | IK 330597238

Wechselerklärung

Zur Beantragung der Umversorgung mit Pflegehilfsmitteln



Versicherte/r (Felder, die mit * gekennzeichnet sind, sind Pflichtfelder)

Herr Frau Vorname* _____ Nachname* _____

Straße, Nr.* _____ Telefon/Mobil _____

PLZ, Ort _____

Bestätigung meines Pflegehilfsmittel-Anbieterwechsels zu:

teamVitaale Gesundheitsservice GmbH
Vitaalebox von PFLEGERWOHL
Lange Wende 5a
59069 Hamm

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich meinen neuen Pflegehilfsmittel-Anbieter anmelden:

teamVitaale Gesundheitsservice GmbH
Vitaalebox
IK: 330597238

Dort nehme ich ab dem Monat _____ 202____ den Service der monatlichen „Vitaalebox-Lieferung“ in Anspruch.
Die Versorgung meines vorherigen Anbieters habe ich gekündigt.

Mit freundlichen Grüßen

Datum ✕ _____ Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) ✕ _____