



# Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

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



**Versicherte/r**  
 Frau  Herr

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

**Pflegegrad**  
 1  2  3  4  5  kein Pflegegrad

Geb.Datum \_\_\_\_\_

Pflegekasse \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Produktgruppe 54 bis max. 60 € monatlich, bei Beihilfeberechtigung bis max. 20 € monatlich (gemäß §40 Abs.2 SGB XI). Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Packungs-inhalt	bereits für Sie gekennzeichnet	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
<b>Saugende Bettschutzeinlagen</b> mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	50 Stck.	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
<b>Fingerlinge</b> Einmalgebrauch	100 Stck.	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
<b>Einmalhandschuhe</b> puderfrei	100 Stck.	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
<b>Mundschutz Vlies</b> 3-lagig (Einmalgebrauch)	50 Stck.	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
<b>Schutzschürzen</b> Einmalgebrauch	100 Stck.	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
<b>Schutzschürzen</b> wiederverwendbar	1 Stck.	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
<b>Händedesinfektionsmittel</b> keimvermindernde Wirkung	500 ml	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
<b>Flächendesinfektionsmittel</b> keimvermindernde Wirkung	500 ml	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

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

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	benötigte Stückzahl	bitte Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
<b>Saugende Bettschutzeinlagen</b> (wiederverwendbar)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	51.40.01.4

**Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:**

**Tingelhoff Sanitätshaus**  
 Am Knappschafts-Krankenhaus 1 | 44309 Dortmund | Institutionskennzeichen: IK 330596932

**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.**

Ort/Datum

Unterschrift Versicherte/r/Bevollmächtigte/r

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**  
 (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

PG 54 bis 60 € monatlich

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

PG 54 bis 20 € monatlich/Beihilfeberechtigung

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

IK-Nr.: der Pflegekasse \_\_\_\_\_ Datum, Stempel und Unterschrift der Pflegekasse \_\_\_\_\_



# Bestellformular Pflegehilfsmittel

(gemäß Antrag auf Kostenübernahme)

# Tingelhoff meine-Pflegehilfsmittel



## Versicherte/r

Frau  Herr

Vorname

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Geb.Datum

Tel.

**Pflegegrad**  1  2  3  4  5  kein Pflegegrad

pflegeversichert  privat versichert (Privatpersonen gehen in Vorleistung und beantragen die Erstattung der Kosten des Pflegepakets bei ihrer Pflegekasse selbst.)

## Pflegeperson

Frau  Herr

Vorname

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

E-Mail

Tel.

## Die Pflegeperson ist:

als Betreuer/in bevollmächtigt  ja  nein

## Pflegedienst

Straße/Nr.

PLZ/Ort

### Paket 1



Bettschutzeinlagen: 50 Stck.  
Einmalhandschuhe: 100 Stck.  
Händedesinfektion: 500 ml

### Paket 2



Bettschutzeinlagen: 25 Stck.  
Einmalhandschuhe: 200 Stck.  
Händedesinfektion: 500 ml  
Flächendesinfektion: 500 ml

### Paket 3



Einmalhandschuhe: 500 Stck.

### Paket 4



Schutzschürzen: 100 Stck.  
Händedesinfektion: 500 ml  
Flächendesinfektion: 500 ml  
Mundschutz: 10 Stck.

### Paket 5



Einmalhandschuhe: 200 Stck.  
Händedesinfektion: 1000 ml  
Flächendesinfektion: 500 ml

### Paket 6



Bettschutzeinlagen: 75 Stck.  
Einmalhandschuhe: 100 Stck.

## Handschuhgröße

S  M  L  XL  
Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.

## Die monatliche Lieferung soll an folgende Adresse geliefert werden:

Versicherte/n  Pflegeperson  
 Pflegedienst

## Finden Sie kein passendes Pflegepaket?

Bitte kontaktieren Sie uns:  
**0231 562241 13**

**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).**

## 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 zurück gesendete Pakete erheben wir eine Bearbeitungsgebühr von 9,90 Euro.

## Hinweise zum Datenschutz

Mit meiner Unterschrift, willige ich ein, dass folgende personenbezogene Daten (Vorname, Nachname, Anschrift) zwecks Ausführung (Versand) meiner Bestellung an den derzeitigen Versandanbieter (welcher zuvor durch das Sanitätshaus Tingelhoff autorisiert wird), übermittelt werden. Name und Anschrift des derzeitigen Versandanbieters erhalten Sie auf unserer Homepage: [www.meine-pflegehilfsmittel.de/drittanbieter](http://www.meine-pflegehilfsmittel.de/drittanbieter) 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 die Sanitätshaus Tingelhoff GmbH ein. Ihre Daten werden zu Werbezwecken nicht an Dritte weitergegeben. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Unterschrift Versicherte/r/Bevollmächtigte/r

Ort/Datum

**Bitte denken Sie daran auch den Antrag auf Kostenübernahme auszufüllen, damit die Kosten für das Pflegepaket bei der Pflegekasse beantragt werden können.**



# Ausfüllhilfe Antrag auf Kostenübernahme



Bitte füllen Sie das Formular „Antrag auf Kostenübernahme“ **1** aus, damit die Kostenübernahme bei Ihrer Pflegeversicherung beantragt werden kann.

Das Formular ist entweder vom Versicherten selbst oder von der bevollmächtigten Person auszufüllen.

Bitte senden Sie den „Antrag auf Kostenübernahme“ **1** zusammen mit dem ausgefüllten „Bestellformular“ **2** entweder per E-Mail oder per Post an meine Pflegehilfsmittel.



**1** **2**

 **Tingelhoff Sanitätshaus meine-Pflegehilfsmittel**  
Am Knappschaftskrankenhaus 1  
44309 Dortmund  
**@** pflegehilfsmittel@tingelhoff.de

## Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Vorsorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 29 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI (analog Anlage 4)



**1**

**Versicherter/**  
Frau  Herr

**Pflegegrad**  
 1  2  3  4  5  kein Pflegegrad

Vorname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_ Geb.Datum \_\_\_\_\_ **1**

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ Pflegeklasse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Produktgruppe 54 bis max. 40 € monatlich, bei Behilfsberechtigung bis max. 20 € monatlich (gemäß § 40 Abs. 2 SGB XI). Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchsmittel (Produktgruppe 54)	Packungsinhalt	bereits für Sie gekennzeichnet	Pflegehilfsmittelpostnummer
Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	50 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	54-45-01.0001
Fingerlinge Einmalgebrauch	100 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	54-99-01.0001
Einmalhandschuhe puderfrei	100 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	54-99-01.1001
Mundschutz Vlies 3-lagig (Einmalgebrauch)	50 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	54-99-01.3001
Schutzschürzen Einmalgebrauch	100 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	54-99-01.3001
Schutzschürzen wiederverwendbar	1 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	54-99-01.3002
Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung	500 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	54-99-02.0001
Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung	500 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	54-99-02.0002

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

Verbrauchsmittel (Produktgruppe 51)	benötigte Stückzahl	bitte Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpostnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)		<input type="checkbox"/>	51-40-01.4

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:

Tingelhoff Sanitätshaus Am Knappschaftskrankenhaus 1 | 44309 Dortmund | Institutionskennzeichen: IK 33056992

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.

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Versicherte/r/Bevollmächtigter \_\_\_\_\_ **4**

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

PG 54 bis € 40 monatlich  PG 54 bis € 20 monatlich  
 PG 51 mit Zuzahlung/Behilfsberechtigter(r)  PG 51 mit Zuzahlung  
 PG 51 ohne Zuzahlung/Behilfsberechtigter(r)  PG 51 ohne Zuzahlung **5**

IK-Nr. der Pflegekasse \_\_\_\_\_ Datum, Stempel oder Unterschrift der Pflegekasse \_\_\_\_\_

**1** Bitte tragen Sie hier die persönlichen Daten des Versicherten ein

**2** Damit Sie alle Kombinationen von Pflegepaketen erhalten können, bzw. Sie den Inhalt Ihres Pakets individuell auswählen können, haben wir für Sie bereits alle Produkte angekreuzt.

**3** Falls Sie zusätzlich wiederverwendbare Bettschutzeinlagen beantragen, kreuzen Sie bitte an und tragen die beantragte Menge ein

**4** Bitte geben Sie hier den Ort und das Datum an und unterschreiben Sie den Antrag auf Kostenübernahme

**5** Bitte nicht ausfüllen. Dieser Abschnitt wird von der Pflegekasse ausgefüllt



# Ausfüllhilfe Bestellformular



Bitte füllen Sie das „Bestellformular“ **2** aus, um das gewünschte Pflegepaket zu erhalten. Das Formular soll entweder vom Versicherten selbst oder von der bevollmächtigten Person ausgefüllt werden.

Bitte senden Sie das ausgefüllte „Bestellformular“ **2** zusammen mit dem „Antrag auf Kostenübernahme“ **1** entweder per E-Mail an oder per Post an meine-Pflegehilfsmittel.

**1** **2**

**Tingelhoff Sanitätshaus  
meine-Pflegehilfsmittel  
Am Knappschafts-Krankenhaus 1  
44309 Dortmund  
@  
pflegehilfsmittel@tingelhoff.de**

### Bestellformular Pflegehilfsmittel

(gemäß Antrag auf Kostenübernahme)

**Versicherte/r**

Frau  Herr

Vorname **1** \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Geb.Datum \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Pflegegrad  1  2  3  4  5  kein Pflegegrad

pflegeversichert  privat versichert (Inanspruchnahme gehen in Vertretung und bestreiten die Erstattung der Kosten des Pflegegrads bei ihrer Pflegekasse selbst)

**Pflegedienst** **3**

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

**Tingelhoff  
meine-Pflegehilfsmittel** **2**

**Pflegeperson**

Frau  Herr

Vorname **2** \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Straße/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_

Die Pflegeperson ist:

als Betreuer/in bevollmächtigt  ja  nein

**Paket 1**

Bettschutzeinlagen: 50 Stk.  
Einmalhandschuhe: 100 Stk.  
Händedesinfektion: 500 ml

**Paket 2**

Bettschutzeinlagen: 25 Stk.  
Einmalhandschuhe: 200 Stk.  
Händedesinfektion: 500 ml

**Paket 3**

Einmalhandschuhe: 500 Stk.

**Paket 4**

Schutzschürzen: 1 Stk.  
Händedesinfektion: 500 ml  
Flüchdesinfektion: 500 ml  
Mundschutz: 1 Stk.

**Paket 5**

Einmalhandschuhe: 200 Stk.  
Händedesinfektion: 1000 ml  
Flüchdesinfektion: 500 ml

**Paket 6**

Bettschutzeinlagen: 75 Stk.  
Einmalhandschuhe: 100 Stk.

**Handschuhgröße**

S  M  XL

Bei fehlender Angabe **5** Größe-M geliefert.

**Die monatliche Lieferung soll an folgende Adresse geliefert werden**

Versicherte/n **6** Person

Pflegedienst

**Finden Sie kein passendes Pflegepaket?**

Bitte kontaktieren Sie uns: 0231 56224113

**7** **Interesse an Informationen**

2 Anträgen des verstorbenen Käufers und meiner Tochter, welche in die Anwendung meiner Daten zur Überwindung möglicher Informationslücken per Post-E-Mail und/oder Telefon durch die Sanitätshaus Tingelhoff GmbH an Ihre Daten werden zu Wartungszwecken nicht an Dritte weitergegeben. Eine Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Unterschrift Versicherte/Bevollmächtigter \_\_\_\_\_ Ort/Datum \_\_\_\_\_

Bitte denken Sie daran auch den Antrag auf Kostenübernahme auszufüllen, damit die Kosten für das Pflegepaket bei der Pflegekasse beantragt werden können.

- 1** Tragen Sie hier bitte die persönlichen Daten des Versicherten ein.
- 2** Tragen Sie hier bitte die persönlichen Daten der Pflegeperson ein.
- 3** Kontaktdaten des betreuenden Pflegedienstes (falls vorhanden)
- 4** Bitte kreuzen Sie eines der 6 Pflegepakete an
- 5** Wählen Sie die benötigte Handschuhgröße aus
- 6** Bitte geben Sie an, an welche Kontaktperson die monatliche Lieferung erfolgen soll
- 7** Tragen Sie den Ort sowie das Datum ein und unterschreiben Sie das Bestellformular