

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 (*Bis zum 31.12.2021, danach 40€ monatlich), bei Beihilfeberechtigung bis max. 30*€ monatlich (*Bis zum 31.12.2021, danach 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

Saugende Bettschutzunterlagen

mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)

50 Stck.



54.45.01.0001

Fingerlinge

Einmalgebrauch

100 Stck.



54.99.01.0001

Einmalhandschuhe

puderfrei

100 Stck.



54.99.01.1001

Mundschutz Vlies

3-lagig (Einmalgebrauch)

50 Stck.



54.99.01.2001

Schutzschürzen

Einmalgebrauch

100 Stck.



54.99.01.3001

Schutzschürzen

wiederverwendbar

1 Stck.



54.99.01.3002

Händedesinfektionsmittel

keimvermindernde Wirkung

500 ml



54.99.02.0001

Flächendesinfektionsmittel

keimvermindernde Wirkung

500 ml



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

Saugende Bettschutzunterlagen

(wiederverwendbar)



51.40.01.4

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:

Tingelhoff Sanitätshaus

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

- PG 54 bis 60€ monatlich
(Bis zum 31.12.2021, danach 40€ monatlich)
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

- PG 54 bis 30 € monatlich/Beihilfeberechtigung
(Bis zum 31.12.2021, danach 20€ monatlich)
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

IK-Nr.: der Pflegekasse

Datum, Stempel und Unterschrift der Pflegekasse

Bestellformular Pflegehilfsmittel

(gemäß Antrag auf Kostenübernahme)

Tingelhoff
meine-Pflegehilfsmittel

2

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

Bettschutzeinlagen: 25 Stck.
Einmalhandschuhe: 100 Stck.
Händedesinfektion: 500 ml
Mundschutz: 50 Stck.

Paket 4

Schutzschürzen: 100 Stck.
Händedesinfektion: 500 ml
Flächendesinfektion: 500 ml
Mundschutz: 50 Stck.

Paket 5

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

Paket 6

Einmalhandschuhe: 100 Stck.
Händedesinfektion: 500 ml
Flächendesinfektion: 500 ml
Mundschutz: 50 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

Wir informieren Sie gerne per E-Mail

Ihre E-Mail-Adresse

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 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.




 Tingelhoff Sanitätshaus
meine-Pflegehilfsmittel
Bielefelder Str. 10
44141 Dortmund

 pflegehilfsmittel@tingelhoff.de

**Antrag auf Kostenübernahme
für Pflegehilfsmittel**



1

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 _____ **1**

Versicherten-Nr. _____

E-Mail _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Produktgruppe 54 bis max. 60€ monatlich (*Bis zum 31.12.2021, danach 40€ monatlich), bei Beihilfeberechtigung bis max. 30€ monatlich (*Bis zum 31.12.2021, danach 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-positionnummer
Saugende Bettschutzunterlagen 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"/>	54-99.01.2001
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 keimvermindende Wirkung	500 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	54-99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel keimvermindende 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.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	benötigte Stückzahl	bitte Zutreffendes ankreuzen	Umstellnummer
Saugende Bettschutzunterlagen (wiederverwendbar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	51-40.01.4

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungsbreinger:

Tingelhoff Sanitätshaus

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 (Bis zum 31.12.2021, danach 40€ monatlich)

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

PG 54 bis 30€ monatlich (Bis zum 31.12.2021, danach 20€)

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

IK-Nr. der Pflegekasse _____

Datum, Stempel und 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 Bettschutzunterlagen 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.



Tingelhoff Sanitätshaus
meine-Pflegehilfsmittel
Bielefelder Str. 10
44141 Dortmund
@
pflegehilfsmittel@tingelhoff.de

**Bestellformular
Pflegehilfsmittel**
(gemäß Antrag auf Kostenübernahme)

2

Versicherte/r 1

Frau Herr

Vorname: _____ Name: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Geb.Datum: _____ Tel.: _____

Pflegegrad 1 2 3 4 5 kein Pflegegrad

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

Pflegedienst 3

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Pflegeperson 2

Frau Herr

Vorname: _____ Name: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

E-Mail: _____

Tel.: _____

Die Pflegeperson ist:

als Betreuer/in bevollmächtigt ja nein

Paket 1 **Paket 2** **Paket 3** **Paket 4** **Paket 5** **Paket 6**

Paket 1

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

Paket 2

Bettschutzunterlagen: 25 Stck.
Einmalhandschuhe: 200 Stck.
Händedesinfektion: 500 ml

Paket 3

Bettschutzunterlagen: 25 Stck.
Einmalhandschuhe: 100 Stck.
Händedesinfektion: 500 ml
Mundschutz: 50 Stck.

Paket 4

Schutzschürzen: 100 Stck.
Händedesinfektion: 500 ml
Flächendesinfektion: 500 ml
Mundschutz: 50 Stck.

Paket 5

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

Paket 6

Einmalhandschuhe: 100 Stck.
Händedesinfektion: 500 ml
Flächendesinfektion: 500 ml
Mundschutz: 50 Stck.

Handschuhgröße 5

S M L

Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.

Die monatliche Lieferung Adresse geliefert werden: 6

Versicherte/n Pflegschaft
 Pflegeperson

Wir informieren Sie gerne per E-Mail

Ihre E-Mail-Adresse: _____

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). 7

Unterschrift Versicherte/r/Bevollmächtigte/r: _____ Ort/Datum: _____

Hinweis
Die Versicherten/Pflegebedürftige hat das Recht selbst zu entscheiden, bei welchem Lieferanten/Leistungsbringer 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 Auslieferung (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/lieferanten 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 Überzeugung 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.

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.

Ausgabe 09 | 03 | 2021 | Stand 3 | Seite 1 von 2 | MV 564