

# 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)



**TINGELHOFF**  
MEINE PFLEGEHILFSMITTEL

Versicherte/r  Frau  Herr  Divers

Pflegegrad  1  2  3  4  5  kein Pflegegrad

Geb.Datum

Vorname

Nachname

Pflegekasse

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Versicherten-Nr.

Tel.

E-Mail

- Ich beantrage die **Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Produktgruppe 54 bis max. 40 € monatlich, bei Beihilferechtigung bis max. 20 € monatlich (gemäß §40 Abs.2 SGB XI).**

Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

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

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

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

PG 54 bis 40€ monatlich

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilferechtigte(r)

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilferechtigte(r)

PG 54 bis 20 € monatlich/Beihilferechtigung

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

2

**Versicherte/r**  Frau  Herr  Divers

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

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

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

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

**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  Divers

Vorname \_\_\_\_\_ Nachname \_\_\_\_\_

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

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

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

**Die Pflegeperson ist:**

als Betreuer/in bevollmächtigt  ja  nein

**Pflegeperson**

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



## Paket 1



Bettschutzeinlagen: 50 Stück  
Einmalhandschuhe: 100 Stück  
Händedesinfektion: 500 ml



## Paket 2



Bettschutzeinlagen: 25 Stück  
Einmalhandschuhe: 200 Stück  
Flächendesinfektion: 500 ml



## Paket 3



Bettschutzeinlagen: 25 Stück  
Einmalhandschuhe: 100 Stück  
Händedesinfektion: 500 ml  
Mundschutz: 50 Stück



## Paket 4



Schutzschürzen: 100 Stück  
Händedesinfektion: 500 ml  
Flächendesinfektion: 500 ml  
Mundschutz: 50 Stück



## Paket 5



Einmalhandschuhe: 200 Stück  
Händedesinfektion: 500 ml  
Flächendesinfektion: 500 ml



## Paket 6



Einmalhandschuhe: 100 Stück  
Händedesinfektion: 500 ml  
Flächendesinfektion: 500 ml  
Mundschutz: 50 Stück

### Handschuhgröße

S  M  L  XL

Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.

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

Versicherte/n  Pflegeperson  Selbstabholung in einer Filiale:  
 Do-Körne  Kamen  Bochum  
 Do-Innenstadt  Unna  
 Do-Brackel  Schwerte

**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.**