

1

Name der/des Antragstellers

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Anrede	Vorname:	Name:	Geb.-Datum:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:	
Telefon: (Nur für Rückfragen. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.)		E-Mail:	
Pflegekasse:		Versicherten-Nr.: (Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)	
Pflegegrad: (Bitte unbedingt angeben!) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Ich habe keinen Pflegegrad			
Versicherte(r) ist: ☐ gesetzlich pflegeversichert ☐ privat pflegeversichert ☐ beihilfeberechtigt ☐ über Ortsamt/Sozialamt versichert			
Versicherte(r) bezieht: ☐ Pflegesachleistung § 36 ☐ Pflegegeld § 37 ☐ Kombinationsleistung § 38			
Versicherte(r) ist befreit von der gesetzlichen Zuzahlung: ☐ ja ☐ nein			

2

Angehörige(r)/Pflegeperson

Bitte die wichtigste **private** Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen

Anrede	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Telefon:		E-Mail:
Pflegeperson ist: ☐ Ehe-/Lebenspartner ☐ (Schwieger-)Tochter/Sohn ☐ Mutter/Vater ☐ Freund(in)/Bekannte(r) ☐ Betreuer(in)		
Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: ☐ ja ☐ nein		

3

Auswahl der Pflegebox

Bitte kreuzen Sie hier die gewünschte Pflegebox an

Wählen Sie eine von sechs Varianten	☐ 	☐ 	☐ 	☐ 	☐ 	☐ 
Einmalhandschuhe	100 Stk.	100 Stk.	100 Stk.	x	X	Individuelle Zusammenstellung Wir beraten Sie gerne bei der Produktauswahl
Bettschutzeinlagen	25 Stk.	x	50 Stk.	75 Stk.	50 Stk.	
Händedesinfektion	500 ml	500 ml	500 ml	X	X	
Flächendesinfektion	500 ml	500 ml	X	500 ml	500 ml	
Schutzschürzen	X	100 Stk.	X	X	100 Stk.	
Mundschutz	50 Stk.	25 Stk.	25 Stk.	X	X	
Handschuhgröße: ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL Handschuhmaterial: ☐ Nitril ☐ Vinyl						

4

Lieferadresse Die monatliche Lieferung an

ACHTUNG: Bitte beiliegende Vollmacht ausfüllen und an uns zurücksenden!

☐ die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n)	☐ die/den Angehörige(n)/Pflegeperson	☐ den Pflegedienst
---	---	---

5

Ihr Pflegedienst

Nennen Sie bitte den betreuenden Pflegedienst

Name Pflegedienst, Referenz/Partnernummer:	
Straße/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Ansprechpartner:

6

Rechnungsempfänger

Nur bei privat Versicherten und/oder Beihilfeberechtigten

☐ Versicherte(r)/Pflegebedürftige(r) 1	☐ Angehörige(r)/Pflegeperson 2
--	--

7

☐ Ich habe die AGB (www.meinepflegemittel.de/agb) zur Kenntnis genommen.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die meinepflegemittel.de ein Service der Orthopädieschuhtechnik & Sanitätshaus A. Kurt, die von mir zuvor gemachten Angaben verarbeitet, um mich über Pflege- & Gesundheitsthemen zu informieren. Meine Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auch auf die Verarbeitung von Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an info@meinepflegemittel.de oder per Post an meinepflegemittel.de ein Service der Orthopädieschuhtechnik & Sanitätshaus A. Kurt, Pater-Rupert-Mayer-Weg 3, D-82024 Taufkirchen bei München widerrufen.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die meinepflegemittel.de ein Service der Orthopädieschuhtechnik und Orthopädietechnik A. Kurt können Sie den beigefügten Datenschutzhinweisen entnehmen, welche auch unter www.meinepflegemittel.de/datenschutz abrufbar 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.

 Unterschrift Versicherte(r)  und/oder Unterschrift Bevollmächtigte(r)

! Bitte füllen Sie den umseitigen Antrag aus, damit die Kosten für Ihre meinepflegemittel.de-Box von der Pflegekasse übernommen werden können. !

2 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)

1 Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen*

*Pflichtangaben! Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

Anrede	Vorname:	Name:*
Straße/Nr.:*		PLZ/Ort:*
Geb.-Datum:*		
(Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)		
Pflegekasse:*		Versicherten-Nr.:*
		(Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)

2 Ich beantrage die Kostenübernahme für

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis maximal 40 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Stückzahl	Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Bitte zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittel-positionennummer
	Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	☐	54.45.01.0001
	Fingerlinge puderfrei	☐	54.99.01.0001
	Einmalhandschuhe puderfrei	☐	54.99.01.1001
	Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	☐	54.99.01.2001
	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	☐	54.99.01.3001
	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar)	☐	54.99.01.3002
	Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren) ☐ 500 ml ☐ 1 L	☐	54.99.02.0001
	Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren) ☐ 500 ml ☐ 1 L	☐	54.99.02.0002

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

Benötigte Stückzahl	Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Pflegehilfsmittel-positionennummer
--	Saugende Bettschutzeinlage wasch- und wiederverwendbar	51.40.01.4 ---

4 Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift: meinepflegemittel.de ein Service der Orthopädieschuhtechnik & Sanitätshaus A. Kurt, Pater-Rupert-Mayer-Weg 3, D-82024 Taufkirchen bei München	Institutionskennzeichen: IK 340900726
---	--

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.

Datum

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- ☐ PG 54 bis € 40 monatlich
☐ PG 51 ohne Zuzahlung

- ☐ PG 54 bis € 20 monatlich
☐ G 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)

- ☐ PG 51 mit Zuzahlung
☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift

Für die Pflegekasse