

Entgelt
zahlt
Empfänger

Jetzt kostenfrei!

Pflegehilfsmittel im Wert
von bis zu **480 €** pro Jahr.

Deutsche Post 
ANTWORT

Pflegedirekt UG (haftungsbeschränkt)
Berliner Str. 31
71229 Leonberg



Wer Zuhause von einem Angehörigen gepflegt wird, hat grundsätzlich einen Anspruch auf kostenfreie Pflegehilfsmittel im Wert von bis zu 40,00 €/Monat (480,00 €/Jahr).

(§40 Absatz 1 SGB XI)

Jetzt gratis Pflegedirekt Paket anfordern:

- Pflegehilfsmittel im Wert von bis zu 40,00 €/Monat
- Direkte monatliche Lieferung nach Hause
- Kein Aufwand für Sie: Wir übernehmen alle Formalitäten
- Für Sie kostenfrei, wenn...
 - ... ein Pflegegrad vorhanden ist (1, 2, 3, 4, 5),
 - ... der zu Pflegenden zu Hause wohnt,
 - ... der Pflegebedürftige von einem Angehörigen und/oder einem ambulanten Dienst gepflegt wird.



Wenn Sie Fragen zur Bestellung haben, dann melden Sie sich bei uns unter: 07152 338 99 44

Schnell und ganz einfach:

Füllen Sie beide Formulare (Formular 1 und 2) aus

Formular 1 – Bestellformular

1. Name der versicherten Person eintragen.
2. Name und Anschrift des Angehörigen, der privaten Pflegeperson oder des Betreuers eintragen.
3. Ihr gewünschtes Pflegedirekt Paket auswählen. Dies ist monatlich wechselbar (Änderungen bitte per E-Mail an paket@pflegedirekt.de oder per Telefon unter 07152/338 99 44)
4. Den Empfänger Ihres Pflegedirekt Pakets angeben.
5. Das Formular unbedingt unterschreiben.

Formular 2 – Antrag auf Kostenübernahme

1. Name, Anschrift und Daten zur Versicherung des Versicherten eintragen.
2. Das Formular unbedingt unterschreiben.

Beide Formulare ausgefüllt und unterschrieben zurücksenden

Verwenden Sie hierzu unseren Rückumschlag oder schicken Sie es

per Post an:

Pflegedirekt UG (haftungsbeschränkt)
Berliner Str. 31
71229 Leonberg

per Fax an:

07152/338 99 200

per E-Mail an:

paket@pflegedirekt.de

Im nächsten Schritt, reichen wir Ihren Antrag auf Kostenübernahme bei Ihrer Pflegekasse ein. Es kann dann unter Umständen bis zu 4 Wochen dauern, bis Ihr Antrag genehmigt wird. Direkt nach Ihrer Genehmigung bekommen Sie umgehend Ihr gewünschtes Pflegedirekt Paket.

Sie brauchen sich um nichts zu kümmern,
wir übernehmen alles für Sie!

© Pflegedirekt UG (haftungsbeschränkt),
 Berliner Str. 31, 71229 Leonberg, Tel.: 07152/338 99 44,
 Fax: 07152/338 99 200 E-Mail: paket@pflegedirekt.de,
 St.-Nr.: 70095/42377, IK-Nr.: 330801919

In Zusammenarbeit mit

Formular 1 von 2

Versicherte/r (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname*: Nachname*:

Angehörige/r (bzw. die wichtigste private Pflegeperson oder die/der Betreuer/in)

Vorname*: Nachname*:

Straße, Nr*: PLZ, Ort*:

Telefon*: E-Mail*:

Betreuer/in ist: als Betreuer/in gesetzlich bevollmächtigt nicht bevollmächtigt

Bitte wählen Sie Ihr Pflegedirekt Paket* (1 Paket frei wählbar, monatlich wechselbar per E-Mail oder Telefon)

	<input type="checkbox"/> PAKET 1	<input type="checkbox"/> PAKET 2	<input type="checkbox"/> PAKET 3	<input type="checkbox"/> PAKET 4	<input type="checkbox"/> PAKET 5	<input type="checkbox"/> PAKET 6
Bettscutzeinlagen	-	25 St.	-	2 x 25 St.	-	25 St.
Einmalhandschuhe	100 St.	100 St.	100 St.	100 St.	2x 100 St.	2 x 100 St.
Händedesinfektionsmittel	-	500 ml	500 ml	500 ml	2x 500 ml	500 ml
Flächendesinfektionsmittel	2 x 500 ml	-	500 ml	500 ml	2x 500 ml	500 ml
Mundschutz	50 St.	-	50 St.	-	-	-
Einwegschürzen	100 St.	100 St.	100 St.	-	-	-

Bitte Ihre Größe für Einmalhandschuhe angeben: S M L XL

Lieferung*

Die monatliche Lieferung der Pflegehilfsmittel soll bitte erfolgen an:

die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n) die/den Angehörige(n)/Pflegeperson

den Pflegedienst:

Abtretungserklärung/Nutzungsbedingungen (Wird für die Abrechnung mit den Pflegekassen benötigt)

Hiermit trete ich als Antragsteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die Pflegedirekt UG (haftungsbeschränkt) (Berliner Str. 31 in 71229 Leonberg, Tel.: 07152/338 99 44, Amtsgericht Stuttgart HRB 767768, Geschäftsführer Till Kohlmann und Fabian Schnegotzki) ab. Hiermit akzeptiere ich die Nutzungsbedingungen der Pflegedirekt UG (haftungsbeschränkt) (einzusehen unter: www.pflegedirekt.de/nutzungsbedingungen)

* = Pflichtfelder


 Datum, Unterschrift des/der Versicherten oder Bevollmächtigten

Versicherte/r (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname*: Nachname*:

Straße, Nr*: PLZ, Ort*:

Telefon*: E-Mail*:

Krankenkasse*: Versicherungs-Nr.*:

Geburtsdatum*: Pflegegrad*: 1 2 3 4 5

* = Pflichtfelder

Antrag auf Kostenübernahme

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe PG 54) bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach §40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

ZUM VERBRAUCH BESTIMMTE PFLEGEHILFSMITTEL	POSITIONSNUMMER
Bettschutzeinlage (Einmalgebrauch, 60 x 90 cm)	54.45.01.0001
Einmalhandschuhe (puderfrei)	54.99.01.1001
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
Mundschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
Schutzschürzen (Einmalgebrauch, wasserfestem Folienmaterial)	54.99.01.3001
Fingerlinge	54.99.01.0001

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

BENÖTIGTE STÜCKZAHL	PFLEGEHILFSMITTEL ZUR KÖRPERPFLEGE/ KÖRPERHYGIENE	POSITIONSNUMMER
	Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	51.40.01.4

Ich beauftrage die Pflegedirekt UG (haftungsbeschränkt) mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die Pflegedirekt UG (haftungsbeschränkt), mit Eingang dieses Antrages, als mein Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse. Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Meine Daten dürfen von der Pflegedirekt UG (haftungsbeschränkt) zum Zweck der Leistungserbringung genutzt werden.

Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder Bevollmächtigten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- PG 54 bis 40,00 €/Monat PG 54 bis 20,00 €/Monat
- PG 51 mit Zuzahlung PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfeberechtigte(r) PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfeberechtigte(r)

Datum

IK der Pflegekasse/Stempel/Unterschrift