

Pflegedirekt GmbH (haftungsbeschränkt), Berliner Str. 31 71229 Leonberg

So einfach erhalten Sie in Zukunft **monatlich kostenlose Pflegehilfsmittel** im Wert von bis zu 40€.

1 Füllen Sie das Formular fertig aus.
Es fehlen nur noch Kleinigkeiten wie etwa Informationen zur Krankenkasse.

2 Senden Sie uns **beide** Formularseiten unterschrieben zurück.
Per E-Mail oder auch per Fax.

3 Fertig. Wir kümmern uns um alles Weitere.
Nach maximal 4 Wochen erhalten Sie die erste kostenfreie Lieferung.



Per Fax

07152/ 338 99 200

Per E-Mail

Eingesannt an
paket@pflegedirekt.de

Wir freuen uns, Sie mit unserem Pflegedirektpaket-Service unterstützen zu können.

Haben Sie noch Fragen?

Wir beraten Sie gern unter:

07152/ 338 99 44

Unser Tipp: Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:



Bis zu 300 Mal waschbar - praktisch und umweltschonend.
Auf Wunsch erhalten Sie diese ebenfalls **Kostenlos**.

Wählen Sie dafür einfach die entsprechende Option im Formular aus.



Anlage 2 – Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

| | | |
|---------------|-------------------|---------------------|
| | _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| Name, Vorname | Geburtsdatum | Versichertennummer) |

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort

Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:


zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/ bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. **Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

| Bezeichnung | Pflegehilfsmittel- positionsnummer | Rechen- größe | Menge/Fak- tor bitte eintragen | Erläuterung |
|---|---------------------------------------|------------------|--------------------------------------|---|
| Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) | | | | |
| saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch | 54.45.01.0001 | 1 Stück | _ _ _ | |
| Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril) | 54.99.01.0001 | 1 Stück | _ _ _ | |
| Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril) | 54.99.01.1001 | 1 Stück | _ _ _ | |
| Medizinische Gesichtsmasken | 54.99.01.2001 | 1 Stück | _ _ _ | |
| Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken) | 54.99.01.5001 | 1 Stück | _ _ _ | |
| Schutzschürzen – Einmalgebrauch | 54.99.01.3001 | 1 Stück | _ _ _ | |
| Schutzschürzen – wiederverwendbar | 54.99.01.3002 | 1 Stück | _ _ _ | |
| Schutzservietten zum Einmalgebrauch | 54.99.01.4001 | 1 Stück | _ _ _ | |
| Händedesinfektionsmittel | 54.99.02.0001 | 100 ml | _ _ _ | Bei 500 ml bitte den Faktor 5 bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen |
| Flächendesinfektionsmittel | 54.99.02.0002 | 100 ml | _ _ _ | |
| Händedesinfektionstücher | 54.99.02.0014 | 1 Stück | _ _ _ | |
| Flächendesinfektionstücher | 54.99.02.0015 | 1 Stück | _ _ _ | |

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

| Bezeichnung | Pflegehilfsmittelpositionsnummer | Rechen- größe | Menge ein- tragen | Erläuterung |
|---|---|------------------|----------------------|-------------|
| Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51) | | | | |
| Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar | 51.40.01.4 (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!) | 1 Stück | _ _ _ | |

durch folgenden Leistungserbringer:

| Name und Anschrift (Stempel) | Institutionskennzeichen | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  Pflegedirekt Pflegeprodukte für Zuhause Pflegedirekt GmbH Berliner Str. 31 – 71229 Leonberg Tel: 07152/33 8 99 44 www.pflegedirekt.de | <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs:

- Beratung in den Geschäftsräumen
- Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
- Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat

- mich persönlich und/oder
- meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen)

beraten.

Datum der Beratung:

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Beratende/r Mitarbeiter/in:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Datum

Unterschrift der/des Versicherten

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

| <u>Genehmigungsvermerk der Pflegekasse</u> | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | |
| (Datum) | (IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift) |