

Pflegedirekt UG (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** Formulareseiten unterschrieben zurück. Portofrei per Post, per Fax oder per E-Mail.

3

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



Bequemer Rückversand

Portofrei per Post

Nutzen Sie die frankierte Vorlage

Per Fax

07152/ 338 99 200

Per E-Mail

Eingescannt an paket@pflegedirekt.de

Wir freuen uns, Sie mit unserem Pflegedirektbox-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.



1

Bestellformular

IK #330801919

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI
Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen



Versicherte/r:

1.1	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname:	Nachname:
-----	-------------------------------	-------------------------------	----------	-----------

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

1.2	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:			Telefon/Mobil:	
PLZ, Ort:		E-Mail:		

Pflegedienst (falls vorhanden):

1.3	Name Pflegedienst:
Straße, Nr.:	
PLZ, Ort:	

Paket liefern an:

1.4	<input type="checkbox"/> den Versicherten	<input type="checkbox"/> den Angehörigen	<input type="checkbox"/> den Pflegedienst
-----	---	--	---

Bitte Stellen Sie Ihr Paket nach Ihren Wünschen zusammen (gewünschte Produkte ankreuzen, monatlich wechselbar):

1.5	Wird benötigt	Produkte	Stückzahl
	<input type="checkbox"/>	Bettschutzeinlagen	
	<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	
	<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	
	<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	
	<input type="checkbox"/>	Mundschutz	
	<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen	
	<input type="checkbox"/>	Fingerlinge	

Einmalhandschuhe (Größe):

<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> XL
----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------------------

Material:

<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Nitril	<input type="checkbox"/> Vinyl
--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

Zusätzliche wiederverwendbare Bettschutzeinlagen

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)

Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigter(r)

©Pflegedirekt UG

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

Versicherte/r:

2.1	<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname:	Nachname:
	Straße, Nr.:			Telefon/Mobil:
	PLZ, Ort:		E-Mail:	
	Geburtsdatum:		Krankenkasse:	
	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Versichertenr.:	

Antrag auf Kostenübernahme:

2.2	<input checked="" type="checkbox"/> 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.
-----	--

2.3	Wird grundsätzlich benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
	<input checked="" type="checkbox"/>	Bettschutzeinlagen	54.45.01.0001
	<input checked="" type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
	<input checked="" type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
	<input checked="" type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
	<input checked="" type="checkbox"/>	Mundschutz	54.99.01.2001
	<input checked="" type="checkbox"/>	Schutzschürzen	54.99.01.3001
	<input checked="" type="checkbox"/>	Fingerlinge	54.99.01.0001

Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

2.4	<input checked="" type="checkbox"/> Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) im Wert von 26,16 € pro Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.
-----	--

2.5	Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Positionsnummer
		Saugende Bettschutzeinlagen	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 Versicherte(r) oder Bevollmächtigter(r)

Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt) IK #330801919

Bitte zurück an die Faxnummer 0715222899200

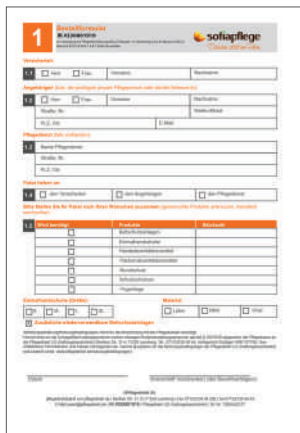
 PG 54 bis 40,- € monatlich PG 51 ohne Zzlg./Beihilfeberechtigter PG 51 mit Zzlg. PG 54 bis 20,- € monatlich PG 51 ohne Zzlg. PG 51 mit Zzlg./Beihilfeberechtigter

Datum

IK der Pflegekasse/ Stempel/ Unterschrift

Schnell und ganz einfach:

Füllen Sie beide Formulare (Formular 1 und 2) aus



1 **Bestellformular**

sofiapflege

1.1 **Personen**

1.2 **Personen**

1.3 **Personen**

1.4 **Personen**

1.5 **Personen**

1.6 **Personen**

1.7 **Personen**

1.8 **Personen**

1.9 **Personen**

1.10 **Personen**

1.11 **Personen**

1.12 **Personen**

1.13 **Personen**

1.14 **Personen**

1.15 **Personen**

1.16 **Personen**

1.17 **Personen**

1.18 **Personen**

1.19 **Personen**

1.20 **Personen**

1.21 **Personen**

1.22 **Personen**

1.23 **Personen**

1.24 **Personen**

1.25 **Personen**

1.26 **Personen**

1.27 **Personen**

1.28 **Personen**

1.29 **Personen**

1.30 **Personen**

1.31 **Personen**

1.32 **Personen**

1.33 **Personen**

1.34 **Personen**

1.35 **Personen**

1.36 **Personen**

1.37 **Personen**

1.38 **Personen**

1.39 **Personen**

1.40 **Personen**

1.41 **Personen**

1.42 **Personen**

1.43 **Personen**

1.44 **Personen**

1.45 **Personen**

1.46 **Personen**

1.47 **Personen**

1.48 **Personen**

1.49 **Personen**

1.50 **Personen**

1.51 **Personen**

1.52 **Personen**

1.53 **Personen**

1.54 **Personen**

1.55 **Personen**

1.56 **Personen**

1.57 **Personen**

1.58 **Personen**

1.59 **Personen**

1.60 **Personen**

1.61 **Personen**

1.62 **Personen**

1.63 **Personen**

1.64 **Personen**

1.65 **Personen**

1.66 **Personen**

1.67 **Personen**

1.68 **Personen**

1.69 **Personen**

1.70 **Personen**

1.71 **Personen**

1.72 **Personen**

1.73 **Personen**

1.74 **Personen**

1.75 **Personen**

1.76 **Personen**

1.77 **Personen**

1.78 **Personen**

1.79 **Personen**

1.80 **Personen**

1.81 **Personen**

1.82 **Personen**

1.83 **Personen**

1.84 **Personen**

1.85 **Personen**

1.86 **Personen**

1.87 **Personen**

1.88 **Personen**

1.89 **Personen**

1.90 **Personen**

1.91 **Personen**

1.92 **Personen**

1.93 **Personen**

1.94 **Personen**

1.95 **Personen**

1.96 **Personen**

1.97 **Personen**

1.98 **Personen**

1.99 **Personen**

1.100 **Personen**

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.



2 **Antrag auf Kostenübernahme**

sofiapflege

2.1 **Personen**

2.2 **Personen**

2.3 **Personen**

2.4 **Personen**

2.5 **Personen**

2.6 **Personen**

2.7 **Personen**

2.8 **Personen**

2.9 **Personen**

2.10 **Personen**

2.11 **Personen**

2.12 **Personen**

2.13 **Personen**

2.14 **Personen**

2.15 **Personen**

2.16 **Personen**

2.17 **Personen**

2.18 **Personen**

2.19 **Personen**

2.20 **Personen**

2.21 **Personen**

2.22 **Personen**

2.23 **Personen**

2.24 **Personen**

2.25 **Personen**

2.26 **Personen**

2.27 **Personen**

2.28 **Personen**

2.29 **Personen**

2.30 **Personen**

2.31 **Personen**

2.32 **Personen**

2.33 **Personen**

2.34 **Personen**

2.35 **Personen**

2.36 **Personen**

2.37 **Personen**

2.38 **Personen**

2.39 **Personen**

2.40 **Personen**

2.41 **Personen**

2.42 **Personen**

2.43 **Personen**

2.44 **Personen**

2.45 **Personen**

2.46 **Personen**

2.47 **Personen**

2.48 **Personen**

2.49 **Personen**

2.50 **Personen**

2.51 **Personen**

2.52 **Personen**

2.53 **Personen**

2.54 **Personen**

2.55 **Personen**

2.56 **Personen**

2.57 **Personen**

2.58 **Personen**

2.59 **Personen**

2.60 **Personen**

2.61 **Personen**

2.62 **Personen**

2.63 **Personen**

2.64 **Personen**

2.65 **Personen**

2.66 **Personen**

2.67 **Personen**

2.68 **Personen**

2.69 **Personen**

2.70 **Personen**

2.71 **Personen**

2.72 **Personen**

2.73 **Personen**

2.74 **Personen**

2.75 **Personen**

2.76 **Personen**

2.77 **Personen**

2.78 **Personen**

2.79 **Personen**

2.80 **Personen**

2.81 **Personen**

2.82 **Personen**

2.83 **Personen**

2.84 **Personen**

2.85 **Personen**

2.86 **Personen**

2.87 **Personen**

2.88 **Personen**

2.89 **Personen**

2.90 **Personen**

2.91 **Personen**

2.92 **Personen**

2.93 **Personen**

2.94 **Personen**

2.95 **Personen**

2.96 **Personen**

2.97 **Personen**

2.98 **Personen**

2.99 **Personen**

2.100 **Personen**

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:

Sofiapflege GmbH
 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!

So kommen Ihr Formular am schnellsten zu uns

- 1 Entlang der vorgegebenen Linie ausschneiden
- 2 Ausschnitt auf einen Briefumschlag kleben.
- 3 Alle Formulare unterschrieben in den Umschlag stecken.
- 4 Briefumschlag in den Briefkasten werfen. (Portofrei)

Haben Sie noch Fragen?

Wir beraten Sie gern unter:

07152/ 338 99 44

Entgelt
zahlt
Empfänger

Deutsche Post

ANTWORT

Sofiapflege GmbH
Berliner Str. 31
71229 Leonberg



sofiapflege
Daheim statt im Heim

Empfangsvollmacht

Bitte ausfüllen, wenn die Lieferadresse von der / des Pflegebedürftigen abweicht.



Zur Unterzeichnung von Lieferbescheinigungen

Vollmachtgeber:

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:			Telefon/Mobil:
PLZ, Ort:		E-Mail:	
Pflegekasse:		Versichertenr.:	

Pflegedient:

<input type="checkbox"/> Herr	<input type="checkbox"/> Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:			Telefon/Mobil:

Hiermit erteile ich Vollmacht, den oben stehenden Pflegedienst, die monatliche Lieferung an Pflegehilfsmittel der Firma Pflegedirekt UG gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40. 2 SGB XI anzunehmen und die Empfangsbestätigung zu unterzeichnen.

.....
Datum

.....
Unterschrift

Wechselerklärung

Antrag auf Wechsel des Leistungserbringers



Absender
(vollständiger Name und Adresse des Versicherten)

An die Krankenkasse: _____

_____, den _____
Versichertennummer: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit bestätige ich Ihnen den Lieferantenwechsel für den Bezug meiner Pflegehilfsmittel zum Verbrauch.

Ab dem _____ (Datum) möchte ich Pflegehilfsmittel zum Verbrauch (PG 51 und 54) von Pflegedirekt UG, Berliner Straße 31, 71229 Leonberg (IK-Nr.: 330801919) beziehen.

Ich bitte daher um Streichung meines Vorlieferanten für die Produktgruppen 54 und 51, sowie um die Aufnahme der Pflegedirekt UG als meinen Leistungserbringer ab dem oben genannten Datum. Eine Kündigung bei meinen bisherigen Lieferanten werde ich rechtzeitig vornehmen bzw. habe ich bereits vorgenommen.

Mit freundlichen Grüßen

_____, den _____
Ort, Datum und Unterschrift des Versicherten