



PFLEGO

PFLEGO **Hilfsmittelboxen**

Einmal beantragen – Monat für Monat profitieren.

Lieber Patient, sehr geehrte Angehörige,

Pflegebedürftige haben laut § 40 SGB XI Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen.

Die Pflegekasse erstattet einen Betrag von 40,- Euro monatlich, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Sie haben eine Pflegestufe
- Sie werden zuhause oder in einer Pflege Wohngemeinschaft gepflegt

Um Ihnen die Auswahl der richtigen Produkte zu erleichtern, haben wir verschiedene Hilfsmittelboxen für Sie zusammengestellt. Alle Boxen sind im Wert von den erstattungsfähigen 40,- Euro und beinhalten die wichtigsten Pflegehilfsmittel. Es ist keine Zuzahlung notwendig.

Nach der Genehmigung durch die Krankenkasse beliefern wir Sie – gern auch monatlich – mit der gewünschten Box. Sie können auf Wunsch jeden Monat eine andere Box wählen. Ein neuer Bestellschein (Anlage 2) liegt jeder Lieferung bei. Der Inhalt der Boxen kann nicht getauscht werden.

Und so funktioniert's:

- **ANLAGE 4:** Bitte füllen Sie einmalig die beigegefügte Anlage 4 aus. Dies ist der Antrag auf Kostenübernahme, den wir an die Krankenkasse weiterleiten. Wählen Sie hier bitte alle Produkte, die Sie in Zukunft für die Pflege benötigen – unabhängig davon, welche Pflegobox Sie bei Ihrer ersten Bestellung wählen.
- **ANLAGE 2:** Suchen Sie sich eine Box aus, die Ihre Bedürfnisse abdeckt. Diese bekommen Sie bei Kostenübernahme der Pflegekasse geliefert. Sie können sich jeden Monat eine neue Box aussuchen. Vorausgesetzt, Sie beinhaltet die Dinge, die die Pflegekasse genehmigt hat. Einen neuen Bestellschein (Anlage 2) senden wir Ihnen mit jeder Lieferung neu zu.
- Schicken Sie uns beide Anlagen per Post zu. Gerne können Sie hierzu den Umschlagsvordruck ausschneiden und ihn auf Ihren Umschlag kleben. So entstehen für Sie keine Portokosten.

Gerne sind wir Ihnen behilflich, wenn Sie Fragen haben. **Telefon: (02191) 9675-0**

Ihr PFLEGO-Team

Die PFLEGO-Hilfsmittelboxen sind ein Produkt des Sanitätshauses Kreutzer
Kölner Straße 59 | 42897 Remscheid | Tel.: (0 21 91) 96 75-0 | Fax: (0 21 91) 96 75-75 | info@kreutzer24.de | www.kreutzer24.de



ANLAGE 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Absatz 1 i.V. m § 40 Absatz 2 SGB XI.



Antrag auf Kostenübernahme

☐ Frau ☐ Herr _____
Vor- und Zuname des Versicherten

_____ Geburtsdatum

_____ Telefonnummer

_____ E-Mail-Adresse des Versicherten _____ Pflegekasse _____ Versichertennummer

☐ Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 40,- € monatlich wie nachstehend aufgeführt; bei Beihilfeberechtigung bis maximal 15,50 € monatlich: Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel	Menge	Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen		Nur von der Pflegekasse auszufüllen			
		benötigt werden:		Anzahl / Einheit	genehmigt werden:		Genehmigt bis:
		Ja	Nein		Ja	Nein	
Saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	50 Stck.						
Fingerlinge	100 Stck.						
Einmalhandschuhe	100 Stck.						
Mundschutz	50 Stck.						
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	100 Stck.						
Schutzschürzen – wiederverwendbar	pro Stck.						
Händedesinfektionsmittel	500 ml						
Flächendesinfektionsmittel	500 ml						

☐ Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (Produktgruppe 51): unter Abzug eines Eigenanteils von 10%, soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Artikel	Menge	benötigt werden:		Anzahl / Einheit	genehmigt werden:		Genehmigt bis:
		Ja	Nein		Ja	Nein	
Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	pro Stck.						

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.

_____ Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- ☐ PG 54 bis zu 40,- Euro monatlich
- ☐ PG 54 bis zu 15,50 Euro monatlich / Beihilfeberechtigung
- ☐ PG 51 mit Zuzahlung
- ☐ PG 51 ohne Zuzahlung
- ☐ PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigten
- ☐ PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigten

_____ Datum

_____ IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift

ANLAGE 2 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Absatz 1 i.V. m § 40 Absatz 2 SGB XI.



Erklärung zum Erhalt eines Pflegehilfsmittels

Name der Pflegekasse

IK der Pflegekasse

Anschrift und Telefonnummer der Pflegekasse

Vor- und Zuname des Versicherten

Anschrift des Versicherten

Telefonnummer

Krankenversichertennummer bzw. Pflegeversichertennummer

Name des Betreuers

Anschrift des Betreuers

Telefonnummer

Sanitätshaus Kreutzer | Kölner Straße 59 | 42897 Remscheid | Tel.: (0 21 91) 96 75-0

330512145

Leistungserbringer

IK der Leistungserbringers

		bitte wählen			bitte wählen
BOX 1	30 St. Bettschutzeinlagen Einweg 16 St. FFP2		BOX 7	100 St. Einmalhandschuhe 50 St. Mundschutz 500 ml Händedesinfektion 1000 ml Flächendesinfektion	
BOX 2	60 St. Bettschutzeinlagen Einweg 500 ml Händedesinfektion 10 St. Mundschutz		BOX 8	100 St. Einmalschürzen 50 St. Mundschutz 1000 ml Händedesinfektion	
BOX 3	60 St. Bettschutzeinlagen Einweg 20 St. Mundschutz 500 ml Flächendesinfektion		BOX 9	200 St. Einmalhandschuhe 4 St. FFP2 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	
BOX 4	60 St. Bettschutzeinlagen Einweg 100 St. Einmalhandschuhe		BOX 10	50 St. Mundschutz 20 St. FFP2	
BOX 5	60 St. Bettschutzeinlagen Einweg 50 St. Mundschutz		BOX 11	1 St. Bettschutzeinlage Mehrweg	
BOX 6	30 St. Bettschutzeinlagen Einweg 100 St. Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion		Größe	Ich wünsche die Einmalhandschuhe in der Größe: ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL	

Ich darf die überlassenen Pflegehilfsmittel keinem Dritten verleihen, übereignen oder verpfänden. 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 eventuell darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen. Eine Durchschrift dieser Erklärung habe ich erhalten.

Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

So kommt Ihr Antrag zu uns:

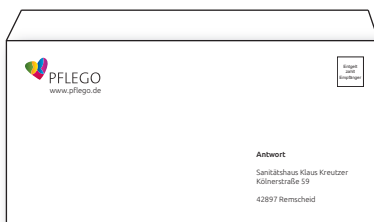
ANLAGE 2 & **ANLAGE 4** ausfüllen. Die unten stehende Grafik ausschneiden, auf einen Briefumschlag kleben und zur Post bringen. **Das Porto zahlen wir für Sie.**



Anlage 2



Anlage 4



portofreier Umschlag



Entgelt
zahlt
Empfänger

Antwort

Sanitätshaus Klaus Kreutzer
Kölnerstraße 59

42897 Remscheid

