

Bestellformular Pflegehilfsmittel

(gemäß Antrag auf Kostenübernahme)

 Frau

 Herr

Pflegepersonen Frau

 Herr

Vorname

Name

Vorname

Name

Straße/ Nr.

PLZ/Ort

Straße/ Nr.

PLZ/Ort

Geb.Datum

Tel.

E-Mail

Pflegegrad 1 2 3 4 5 kein Pflegegrad

Tel.

 pflegeversichert privat versichert (Privatpersonen gehen in Vorleistung und beantragen die Erstattung der Kosten des Pflegepakets bei ihrer Pflegekasse.)

Pflegeperson ist:

als Betreuer/in bevollmächtigt

 ja

 nein

Die monatliche Lieferung soll an folgende Adresse geliefert werden:
 Versicherte

 Pflegeperson

 Pflegedienst

Die monatliche Lieferung wird selbst abgeholt in:
Pflegedienst

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Filiale der Medizintechnik & Sanitätshaus Harald Kröger GmbH

Paket 1

 Bettschutzeinlagen: 42 Stck.
 Einmalhandschuhe: 100 Stck.
 Händedesinfektion: 500 ml
 Flächendesinfektion: 500 ml

Paket 2

 Bettschutzeinlagen: 29 Stck.
 Einmalhandschuhe: 100 Stck.
 Händedesinfektion: 500 ml
 Flächendesinfektion: 500 ml
 Fingerlinge: 100 Stck.

Paket 3

 Bettschutzeinlagen: 25 Stck.
 Einmalhandschuhe: 100 Stck.
 Schutzschürzen: 100 Stck.
 Händedesinfektion: 500 ml

Paket 4

 Einmalhandschuhe: 100 Stck.
 Mundschutz: 50 Stck.
 Schutzschürzen: 100 Stck.
 Händedesinfektion: 500 ml
 Flächendesinfektion: 500 ml

Paket 5

 Einmalhandschuhe: 100 Stck.
 Bettschutzeinlagen: 60 Stck.
 Flächendesinfektion: 500 ml

Paket 6

 Bettschutzeinlagen: 20 Stck.
 Einmalhandschuhe: 100 Stck.
 Händedesinfektion: 500 ml
 Einmallätzchen: 100 Stck.

Handschuhgröße (Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.)
 S M L XL

Ihr passendes Pflegepaket ist nicht dabei?

Wenden Sie sich telefonisch an unseren Innendienst unter 03531 7990-7267, um Ihre individuelle Bestellung bis zu einem monatlichen Wert von 40 Euro aufzugeben. Bitte bedenken Sie, dass die Pflegekasse die Möglichkeit hat, die Art und Anzahl der zu beanspruchenden zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel anzupassen.

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.

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.

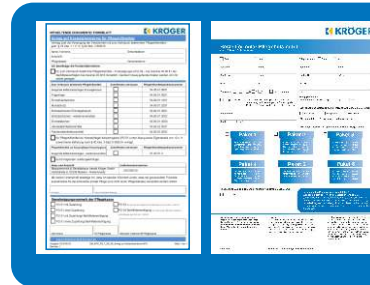
Durch Ankreuzen vorstehenden Kästchens und meiner Unterschrift willige ich in die Verwendung meiner Daten zur Übersendung entsprechender Informationen per Post / E-Mail und/ oder Telefon durch die Medizintechnik & Sanitätshaus Harald Kröger GmbH ein. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und der Verwendung meiner Daten für Zwecke der Werbung widersprechen.

Ort/Datum

Unterschrift Versicherte/r / Bevollmächtigte/r

Ausfüllhilfe zu den Anträgen

Bitte füllen Sie das Formular „Antrag auf Kostenübernahme“ aus, damit die Kostenübernahme bei Ihrer Pflegeversicherung beantragt werden kann. Das Formular ist entweder vom Versicherten selbst oder von der bevollmächtigten Person auszufüllen. Bitte senden Sie den „Antrag auf Kostenübernahme“ zusammen mit dem ausgefüllten „Bestellformular Pflegehilfsmittel“ kostenfrei per Post an Medizintechnik & Sanitätshaus Harald Kröger GmbH. Nutzen Sie dafür gern die Kuvertvorlage. Oder senden Sie die Anträge per E-Mail an pflgehilfsmittel@medizintechnik-kroeger.de.



Medizintechnik & Sanitätshaus
Harald Kröger GmbH
Nobelstr. 3
03238 Massen-Niederlausitz
@
pflgehilfsmittel@medizintechnik-kroeger.de

MITGELTENDE DOKUMENTE/ FORMBLATT

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel
Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Abs. 1 i. V. m. § 40 Abs. 2 SGB XI

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ **1**
Anschrift: _____
Pflegekasse: _____ Versichertenr.: _____

Ich beantrage die Kostenübernahme:
 auch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG) 54 – bis maximal 40,00 € / bei Pflegehilfsmitteln bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen. **2**

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionennummer
Saugende Bettunterlagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.05.01.0001
Fingerringe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Einmalstutzen	<input type="checkbox"/>	54.99.01.4000
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

für 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. **3**

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege Körperhygiene

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege Körperhygiene	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionennummer
Saugende Bettunterlagen – wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	51.40.01.4

durch folgenden Leistungserbringer:
Name und Anschrift: _____
Medizintechnik & Sanitätshaus Harald Kröger GmbH
Herbertstraße 3, 03238 Massen - Niederlausitz
Institutionskennzeichen: _____
591200219

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. **4**

Ort Datum: _____
IK Pflegekasse: _____
Stempel/ Unterschrift Pflegekasse: _____ **5**

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilferechtigung
 PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilferechtigung

PG 54 (bis maximal bis hoch abhöflich übertragbar nach § 40 Abs. 2 SGB XI)
 PG 54 Beihilferechtigung (bis maximal gemäß des individuellen Höchstbetrags nach § 40 Abs. 2 SGB XI)

Ort Datum: _____
IK Pflegekasse: _____
Stempel/ Unterschrift Pflegekasse: _____ **5**

www.medizintechnik-kroeger.de
Ausgabe: 2019-09-23
GK_MTK_FB_7_DE_06_Antrag auf Kostenübernahme MTK
Seite 1 von 1
Revision: 1

1 Bitte tragen Sie hier die persönlichen Daten des Versicherten ein.

2 Damit Sie alle Kombinationen von Pflegepaketen erhalten bzw. den Inhalt Ihres Pakets individuell auswählen können, kreuzen Sie bitte oben und alle Pflegehilfsmittel einzeln an.

3 Falls Sie zusätzlich wiederverwendbare Bettunterlagen beantragen, kreuzen Sie bitte an und tragen die beantragte Menge ein.

4 Bitte geben Sie hier den Ort und das Datum an und unterschreiben Sie den Antrag auf Kostenübernahme.

5 Bitte **nicht** ausfüllen. Dieser Abschnitt wird von der Pflegekasse ausgefüllt.

Bestellformular Pflegehilfsmittel
gemäß Antrag auf Kostenübernahme

Frau Herr **Pflegeperson:** Frau Herr

Vorname: _____ Name: _____
Straße/ Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
Geb.Datum: _____ Tel.: _____ E-Mail: _____ **1** **2**

Pflegeperson ja nein kein Pflegeperson
Pflegeperson ist: pflegeperson privat versichert (Privatpersonen gehen in die Kostentragung und beauftragen die Erbringung der Kosten des Pflegepakets bei der Pflegekasse.)
Pflegeperson ist: ja nein
Die monatliche Lieferung soll an folgende Adresse geliefert werden:
 versicherte Pflegeperson Pflegeperson
Die monatliche Lieferung wird selbst abgeholt in:
 versicherte Pflegeperson Pflegeperson **3** **4**

Für die Medizintechnik & Sanitätshaus Harald Kröger GmbH

Paket 1	Paket 2	Paket 3
<input type="checkbox"/> 1x Saugende Bettunterlagen (100 Stk.) 1x Einmalhandschuhe (100 Stk.) 1x Mundschutz (100 Stk.) 1x Schutzschürzen (100 Stk.) 1x Einmalstutzen (100 Stk.) 1x Händedesinfektionsmittel (100 Stk.) 1x Flächendesinfektionsmittel (100 Stk.)	<input type="checkbox"/> 1x Saugende Bettunterlagen (100 Stk.) 1x Einmalhandschuhe (100 Stk.) 1x Mundschutz (100 Stk.) 1x Schutzschürzen (100 Stk.) 1x Einmalstutzen (100 Stk.) 1x Händedesinfektionsmittel (100 Stk.) 1x Flächendesinfektionsmittel (100 Stk.)	<input type="checkbox"/> 1x Saugende Bettunterlagen (100 Stk.) 1x Einmalhandschuhe (100 Stk.) 1x Mundschutz (100 Stk.) 1x Schutzschürzen (100 Stk.) 1x Einmalstutzen (100 Stk.) 1x Händedesinfektionsmittel (100 Stk.) 1x Flächendesinfektionsmittel (100 Stk.)

Paket 4	Paket 5	Paket 6
<input type="checkbox"/> 1x Saugende Bettunterlagen (100 Stk.) 1x Einmalhandschuhe (100 Stk.) 1x Mundschutz (100 Stk.) 1x Schutzschürzen (100 Stk.) 1x Einmalstutzen (100 Stk.) 1x Händedesinfektionsmittel (100 Stk.) 1x Flächendesinfektionsmittel (100 Stk.)	<input type="checkbox"/> 1x Saugende Bettunterlagen (100 Stk.) 1x Einmalhandschuhe (100 Stk.) 1x Mundschutz (100 Stk.) 1x Schutzschürzen (100 Stk.) 1x Einmalstutzen (100 Stk.) 1x Händedesinfektionsmittel (100 Stk.) 1x Flächendesinfektionsmittel (100 Stk.)	<input type="checkbox"/> 1x Saugende Bettunterlagen (100 Stk.) 1x Einmalhandschuhe (100 Stk.) 1x Mundschutz (100 Stk.) 1x Schutzschürzen (100 Stk.) 1x Einmalstutzen (100 Stk.) 1x Händedesinfektionsmittel (100 Stk.) 1x Flächendesinfektionsmittel (100 Stk.)

Handschuhgröße (Bei fehlender Angabe wird Größe M geteilt):
 S M L XL **6**

Her passendste Pflegepaket ist nicht dabei?
Spenden Sie sich bitte anrufen unter 030 37 7992 7992 um Ihre Wünsche bezüglich bis zu einem Monatsbetrag über den 6. Punkt abzugeben. Bitte beachten Sie, dass die Pflegekasse die Möglichkeit hat, die Art und Anzahl der zu beschaffenden Artikel zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln einzusparen.

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. **7**

Ort Datum: _____
IK Pflegekasse: _____
Stempel/ Unterschrift: _____

www.medizintechnik-kroeger.de

1 Bitte tragen Sie hier die persönlichen Daten des Versicherten ein.

2 Bitte tragen Sie hier die persönlichen Daten der Pflegeperson ein.

3 Bitte tragen Sie hier die Kontaktdaten des betreuenden Pflegedienstes an. (falls vorhanden)

4 Bitte geben Sie an, an welche Kontaktperson die monatliche Lieferung erfolgen soll. Sie können das Paket auch in einer unserer Filialen abholen, bitte geben Sie diese an.

5 Bitte wählen Sie eines der sechs Pflegepakete aus.

6 Bitte wählen Sie die benötigte Handschuhgröße aus.

7 Bitte tragen Sie Ort und Datum ein und unterschreiben Sie das Bestellformular.