1 Bestellformular meine ProdomoBox

Wählen Sie aus sechs verschiedenen Varianten

PRO DOMO PFLEGEHILFE
in Kooperation mit
DGV Deutsche Gesellschaft für Pflegehilfsmittelversorgung mbH

1 Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Reset — Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

☐ Frau ☐ Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Telefon: (Nur für Rückfragen. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.)		E-Mail:

Pflegegrad: (Bitte unbedingt angeben!) ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Ich habe keinen Pflegegrad

Versicherte(r) ist: ☐ gesetzlich pflegeversichert ☐ privat pflegeversichert ☐ beihilfeberechtigt ☐ über Ortsamt/Sozialamt versichert

Versicherte(r) bezieht: ☐ Pflegesachleistung § 36 ☐ Pflegegeld § 37 ☐ Kombinationsleistung § 38

Versicherte(r) ist befreit von der gesetzlichen Zuzahlung: ☐ ja ☐ nein

2 Angehörige(r)/Pflegeperson

Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen

☐ Frau ☐ Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Telefon:		E-Mail:

Pflegeperson ist: ☐ Ehe-/Lebenspartner ☐ (Schwieger-)Tochter/Sohn ☐ Mutter/Vater ☐ Freund(in)/Bekannte(r) ☐ Betreuer(in)

Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: ☐ ja ☐ nein

3 Welche ProdomoBox wird benötigt?

Bitte kreuzen Sie hier die gewünschte PflegeBox an

Wählen Sie eine von sechs Varianten	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	Stellen Sie Ihr Paket individuell zusammen. ☐ 6
Bettschutzeinlagen	25 Stk.	2 x 25 Stk.	---	---	25 Stk.	___ x 25 Stk.
Einmalhandschuhe	2 x 100 Stk.	100 Stk.	2 x 100 Stk.	100 Stk.	100 Stk.	___ x 100 Stk.
Händedesinfektion	500 ml	500 ml	2 x 500 ml	500 ml	500 ml	___ x 500 ml
Mundschutz	---	---	---	50 Stk.	50 Stk.	___ x 50 Stk.
Flächendesinfektion	500 ml	500 ml	2 x 500 ml	500 ml	500 ml	___ x 500 ml
Schutzschürzen	---	---	---	100 Stk. (kurz)	---	___ x 100 Stk.

Handschuhgröße: ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL

Waschbare Bettschutzunterlagen 60 x 90 cm, Anzahl: ____ (max. 4 Stk./Jahr)

4 Lieferadresse

Die monatliche Lieferung geht an

☐ die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n)

☐ die/den Angehörige(n)/Pflegeperson ☐ den Pflegedienst

ACHTUNG: Bitte beiliegende Vollmacht ausfüllen und an uns zurücksenden!

5 Ihr Pflegedienst

Nennen Sie bitte den betreuenden Pflegedienst

Name Pflegedienst, Referenz/Partnernummer:	
Straße/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	Ansprechpartner:

6 Rechnungsempfänger

Nur bei privat Versicherten und/oder Beihilfeberechtigten

☐ Versicherte(r)/Pflegebedürftige(r) ☐ Angehörige(r)/Pflegeperson

7

☐ Ich habe die AGB (www.meinhilfsmittelpaket.de) zur Kenntnis genommen.

☐ Ich bin damit einverstanden, dass die DGV Deutsche Gesellschaft für Pflegemittelversorgung mbH, Kaiserstraße 18, 42781 Haan, die von mir zuvor gemachten Angaben verarbeitet, um mich über (Pflege-)Hilfsmittel, Produkte zur Inkontinenz- und Wundversorgung, Hör-, Seh- und Gehhilfen zu informieren. Meine Einwilligung bezieht sich ausdrücklich auch auf die Verarbeitung von Gesundheitsdaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten. Ich kann meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an widerruf@dgv-hilfsmittel.de oder per Post an DGV Deutsche Gesellschaft für Pflegemittelversorgung mbH, Kaiserstraße 18, 42781 Haan widerrufen.

Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die DGV Deutsche Gesellschaft für Pflegemittelversorgung mbH können Sie den beigefügten Datenschutzhinweisen entnehmen, welche auch unter www.dgv-hilfsmittel.de abrufbar sind.

✗ _____
Unterschrift Versicherte(r)

✗ _____
und/oder Unterschrift Bevollmächtigte(r)

Bestellformular „meine ProdomoBox“

Stand 02/2022

2 Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI (analog Anlage 4)

1 Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen*

*Pflichtangaben! Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

☐ Frau ☐ Herr	Vorname:*	Name:*
Straße/Nr.:*		PLZ/Ort:*
Geb.-Datum:* (Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)		
Pflegekasse:*		Versicherten-Nr.:* (Zur Identifizierung bei Ihrer Krankenkasse)

2 Ich beantrage die Kostenübernahme für

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis maximal 40 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

bitte Zutreffendes ankreuzen	Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
☐	**Saugende Bettschutzeinlagen** mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
☐	**Fingerlinge** puderfrei	54.99.01.0001
☐	**Einmalhandschuhe** puderfrei	54.99.01.1001
☐	**Mundschutz** Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
☐	**Schutzschürzen** wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
☐	**Schutzschürzen** wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
☐	**Händedesinfektionsmittel** keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0001
☐	**Flächendesinfektionsmittel** keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0002

3

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

Benötigte Stückzahl	Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer
--	**Saugende Bettschutzeinlage** wasch- und wiederverwendbar	51.40.01.4 ___

4 Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift: DGV Deutsche Gesellschaft für Pflegehilfsmittelversorgung mbH Kaiserstraße 18, 42781 Haan	Institutionskennzeichen: IK 330507171

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.

Datum

✗ Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Für die Pflegekasse

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

☐ PG 54 bis € 40 monatlich
☐ PG 54 bis € 20 monatlich
☐ PG 51 mit Zuzahlung
☐ PG 51 ohne Zuzahlung
☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r)
☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

Datum | IK-Nr. der Pflegekasse | Stempel/Unterschrift