

1

Bestellformular meine ProdomoBox

Wählen Sie aus sechs verschiedenen Varianten

1 Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

<input type="checkbox"/> Frau	Vorname:	Name:
<input type="checkbox"/> Herr		
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Telefon: (Nur für Rückfragen. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.)		E-Mail:
Pflegegrad: (Bitte unbedingt angeben!) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Pflegegrad		
Versicherte(r) ist: <input type="checkbox"/> gesetzlich pflegeversichert <input type="checkbox"/> privat pflegeversichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> über Ortsamt/Sozialamt versichert		
Versicherte(r) bezieht: <input type="checkbox"/> Pflegesachleistung § 36 <input type="checkbox"/> Pflegegeld § 37 <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung § 38		
Versicherte(r) ist befreit von der gesetzlichen Zuzahlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

2 Angehörige(r)/Pflegeperson

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

<input type="checkbox"/> Frau	Vorname:	Name:
<input type="checkbox"/> Herr		
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Telefon:		E-Mail:
Pflegeperson ist: <input type="checkbox"/> Ehe-/Lebenspartner <input type="checkbox"/> (Schwieger-)Tochter/Sohn <input type="checkbox"/> Mutter/Vater <input type="checkbox"/> Freund(in)/Bekannte(r) <input type="checkbox"/> Betreuer(in)		
Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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	6	Stellen Sie Ihr Paket individuell zusammen.
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:	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	Waschbare Bettschutzunterlagen 60 x 90 cm, Anzahl: ___ (max. 4 Stk./Jahr)						

4 Lieferadresse

Die monatliche Lieferung geht an

<input type="checkbox"/> die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n)	<input type="checkbox"/> die/den Angehörige(n)/Pflegeperson	<input type="checkbox"/> den Pflegedienst
ACHTUNG: Bitte beiliegende Vollmacht ausfüllen und an uns zurücksenden!		

5 Ihr Pflegedienst

Nennen Sie bitte den betreuenden Pflegedienst

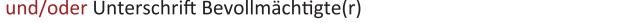
Name Pflegedienst, Referenz/Partnernummer:	
Straße/Nr.:	
Telefon:	
Ansprechpartner:	

6 Rechnungsempfänger

Nur bei privat Versicherten und/oder Beihilfeberechtigten

<input type="checkbox"/> Versicherte(r)/Pflegebedürftige(r)	<input type="checkbox"/> Angehörige(r)/Pflegeperson
---	---

7

<input type="checkbox"/> Ich habe die AGB (www.meinhilfsmittelpaket.de) zur Kenntnis genommen.
<input type="checkbox"/> 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.
 
 

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

<input type="checkbox"/> Frau	Vorname:*	Name:*
<input type="checkbox"/> Herr		
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
<input type="checkbox"/>	Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge puderfrei	54.99.01.0001
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe puderfrei	54.99.01.1001
<input type="checkbox"/>	Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	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 _____

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis € 40 monatlich | <input type="checkbox"/> PG 54 bis € 20 monatlich | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung |
| <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r) | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r) |

Datum _____

IK-Nr. der Pflegekasse _____

Stempel/Unterschrift _____