

1 Ihre PflegeGut-Bestellung

Wählen Sie Ihr Paket aus sechs Varianten

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Frau Herr Vorname: _____ Nachname: _____
 Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____
 Geb.-Datum: _____ Pflegegrad: 1 2 3 4 5
 Telefon: _____ E-Mail: _____
 Pflegekasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Pflegeperson (Angehörige/r, private Pflegeperson)

Vorname: _____ Nachname: _____
 Adresse: _____
 Telefon: _____

Bevollmächtigter Betreuer (wenn vorhanden)

Vorname: _____ Nachname: _____
 Adresse: _____
 Telefon: _____

Zuständiger Pflegedienst

Name/Adresse/Stempel Pflegedienst

Ihre PflegeGut-Auswahl (Bitte nur 1x ankreuzen, ein monatlicher Wechsel ist möglich)

<input type="checkbox"/> 1 Handdesinfektion, parfümfrei 500 ml Handdesinfektion, parfümfrei (Reisegröße) 100 ml Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch 50 Stück Einmalhandschuhe 100 Stück	<input type="checkbox"/> 2 Handdesinfektion, parfümfrei 500 ml Flächendesinfektion, alkoholfrei 500 ml Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch 25 Stück Einmalhandschuhe 200 Stück
<input type="checkbox"/> 3 Handdesinfektion, parfümfrei 500 ml Handdesinfektion, parfümfrei (Reisegröße) 2x 100 ml Flächendesinfektion, alkoholfrei 500 ml Einmalhandschuhe 100 Stück Schutzschürzen, Einmalgebrauch 100 Stück	<input type="checkbox"/> 4 Handdesinfektion, parfümfrei 500 ml Handdesinfektion, parfümfrei (Reisegröße) 100 ml Flächendesinfektion, alkoholfrei 500 ml Einmalhandschuhe 300 Stück
<input type="checkbox"/> 5 Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch 75 Stück Einmalhandschuhe 100 Stück	<input type="checkbox"/> 6 Handdesinfektion, parfümfrei 500 ml Handdesinfektion, parfümfrei (Reisegröße) 100 ml Einmalhandschuhe 100 Stück Schutzschürzen, Einmalgebrauch 100 Stück Mundschutz: <input type="checkbox"/> OP 50 Stück <input type="checkbox"/> FFP2 6 Stück

Handschuh-Größe: S M L XL Material: Vinyl Nitril Bei fehlenden Angaben werden Größe **M**, Material **Vinyl** geliefert.

An wen soll die monatliche Lieferung erfolgen? (Bitte 1x ankreuzen)

an die/den Versicherte(n)
 an die/den Angehörige(n)/Pflegeperson
 an den zuständigen Pflegedienst

Hiermit bestelle ich das oben angekreuzte PflegeGut-Paket. Die Bestellung erfolgt unter der Bedingung, dass die Pflegekasse meinen beiliegenden Antrag auf Kostenübernahme genehmigt. An die Bestellung halte ich mich sechs Wochen gebunden. Die Bestellung gilt als angenommen, wenn mir das erste PflegeGut-Paket innerhalb dieser sechs Wochen geliefert wird. Die Lieferung erfolgt monatlich für unbestimmte Zeit. Die von mir getroffene PflegeGut-Auswahl kann ich jeden Monat neu anpassen. Ich kann den Bezug des PflegeGut-Pakets jederzeit per E-Mail, Schreiben oder Fax zum Ende des Folgemonats kündigen. Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Die Abrechnung nimmt die Fa. Seeger direkt ggü. der Pflegekasse vor. Zudem bevollmächtige ich die/den Angehörige(n)/die Pflegeperson bzw. den zuständigen Pflegedienst zur Entgegennahme der PflegeGut-Pakete der Fa. Seeger.

Ihr Leistungserbringer

Seeger
Das Gesundheitshaus

Seeger Gesundheitshaus GmbH & Co. KG
Döbelner Straße 1-5
12627 Berlin

IK: 331120143
Mitarbeiter-Nr.: _____

X

Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

2 Ihr Antrag auf Kostenübernahme

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln (gemäß §78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI)

Versicherte/r (vom Versicherten oder bevollmächtigten Betreuer auszufüllen)

Frau Herr Vorname: _____ Nachname: _____

Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____

Geb.-Datum: _____ Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Telefon: _____ E-Mail: _____

Pflegekasse: _____ Versicherten-Nr.: _____

Antrag auf Kostenübernahme

für zum Verbrauch bestimmte Pflegemittel (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI/Beihilfsberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)	bitte ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen, Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001

für Pflegehilfsmittel unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene (PG 51)	bitte ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
2 saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	51.40.01.4001

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege (nicht durch Pflegedienste) verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs teile ich mit. Ich bevollmächtige die Fa. Seeger, die Abrechnung der Kosten für die Pflegehilfsmittel direkt gegenüber der Pflegekasse vorzunehmen. Ich stimme zu, dass die unten genannte Firma meine personenbezogenen Daten im Rahmen der Lieferung o.g. Pflegehilfsmittel, der Kostenübernahme sowie der Abrechnung der Kosten erheben, speichern und nutzen sowie an meine Pflegekasse übermitteln darf. Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann. Bitte hinterlegen Sie die unten genannte Firma mit Eingang dieses Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gegebenenfalls bereits vorhandene andere Lieferanten.

X

Ort _____ Datum _____ Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten _____

Ihr Leistungserbringer

Seeger
Das Gesundheitshaus

Seeger Gesundheitshaus GmbH & Co. KG
Döbelner Straße 1-5
12627 Berlin
IK: 331120143

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

- PG 54 bis max. des monatlichen Höchstbetrages
- PG 54 Beihilfenberechtigung bis max. der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

Datum _____

(IK der Pflegekasse, Stempel oder Unterschrift)