



Pflegehilfsmittel im Wert von 40€ pro Monat.
Für Sie zuzahlungsfrei - ohne Einschränkung
Ihres Pflegegeldes!

Zuzahlungsfreie Pflegehilfsmittel

Jeden Monat erhalten Sie - ohne Einschränkung Ihres Pflegegeldes - die von Ihnen benötigten Pflegehilfsmittel nach Hause geliefert. Und das Beste: Dank des gesetzlichen Anspruchs auf Pflegehilfsmittel sind nicht nur die Produkte, sondern auch unser Service für Sie absolut zuzahlungsfrei!

Drei Voraussetzungen müssen erfüllt werden

Um unsere kostenfreie Hygiene-Box im Wert von bis zu 480€ jährlich in Anspruch nehmen zu können müssen Sie lediglich drei Bedingungen gegenüber der Pflegekasse erfüllen:



Ein Pflegegrad liegt vor

Unsere zuzahlungsfreie Leistung steht Ihnen unabhängig vom vorliegenden Pflegegrad zu.



Es wird privat gepflegt

Sie pflegen einen Angehörigen, oder werden selbst von mindestens einer privaten Person gepflegt.



Leben im eigenen Haushalt

Die zu pflegende Person lebt Zuhause oder in einer Wohngemeinschaft.

Kostenlose Lieferung
nach Hause



keine Kosten

Aufgrund Ihres gesetzlichen Anspruchs können wir Ihnen unseren professionellen Service völlig zuzahlungsfrei und für Sie absolut unkompliziert anbieten.



keine Vertragsbindung

Sie gehen keine Vertragsbindung und keine Verpflichtung ein. Sie können unsere Leistungen jederzeit pausieren oder sie unbürokratisch beenden.



kein Rezept

Sie brauchen kein Rezept Ihres Arztes. Der vorliegende Pflegegrad ist ausschlaggebend für die Bewilligung Ihres Antrags. Ihres Antrags.

Qualitätsprodukte für höchste Ansprüche



Einmalhandschuhe

Sie können aus Latex-, Nitril- und Vinylhandschuhen auswählen. Alle Handschuhe sind steril und ungepudert.



Mundschutz & Masken

Unsere Mundschutze & Masken verfügen über elastische Ohrschlaufen für ein besonders bequemes Tragen.



Desinfektion

Unsere Flächen- sowie Händedesinfektion wirkt gegen Bakterien, Viren, Pilze und hat eine keimvermindernde Wirkung.



Schutzschürzen

Für den Einmalgebrauch gedacht. Sie bestehen aus einer wasserfesten und feuchtigkeitsabweisenden Folie.



Bettschutzeinlagen

Zum Schutz von bettlägerigen oder an den Rollstuhl gebundenen Patienten. Mit absorbierendem Kern aus Zellulose.



Fingerlinge

Die Fingerlinge sind puderfrei und lassen sich angenehm tragen. Sie eignen sich u.a. für das Einführen von Suppositorien.

Sie haben die **Wahl**


Wählen Sie entweder eine unserer vorkonfigurierten Hygiene-Boxen  oder stellen Sie sich Ihre  Hygiene-Wunsch-Box individuell nach Ihren Bedürfnissen zusammen.

Versicherte(r) / Pflegebedürftige(r)

Vorname:

Nachname:




Unsere beliebteste Hygiene-Box:

	 Hygiene-Top-Box
Bitte ankreuzen	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> 1 Box Einweghandschuhe <input type="radio"/> XS <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL <input type="radio"/> Vinyl <input type="radio"/> Nitril <input type="radio"/> Latex </div> </div>
	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> 50 Bettschutzeinlagen </div> </div>
	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> 500 ml Händedesinfektion </div> </div>
	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> Flächendesinfektion <input type="radio"/> 500 ml Flasche oder <input type="radio"/> 60 Desinfektionstücher </div> </div>



Keine Chance für Viren, Bakterien und Pilze:

	 Desinfektions-Box
Bitte ankreuzen	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> 1 Box Einweghandschuhe <input type="radio"/> XS <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL <input type="radio"/> Vinyl <input type="radio"/> Nitril <input type="radio"/> Latex </div> </div>
	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> Händedesinfektion 3x 100 ml Flasche & 1x 500 ml Flasche </div> </div>
	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> Flächendesinfektion 1x 500 ml Flasche & 1x 60 Desinfektionstücher </div> </div>











Sorgt für ein angenehmes Schlafumfeld:

	 Inkontinenz-Box
Bitte ankreuzen	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> 100 Bettschutzeinlagen </div> </div>



Bringen Sie Farben in den Pflege-Alltag:

	 Hygiene-Color-Box
Bitte ankreuzen	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> 2 Boxen bunte Einweghandschuhe <input type="radio"/> XS <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L Nitril </div> </div>
	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> Mundschutz / Masken <input type="radio"/> 50 Mundschutz „Rainbow“ oder <input type="radio"/> 12 bunte FFP2-Masken </div> </div>
	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> 2x 100 ml Händedesinfektion </div> </div>
	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> Flächendesinfektion <input type="radio"/> 500 ml Flasche oder <input type="radio"/> 60 Desinfektionstücher </div> </div>

Individuell auf Ihre Pflegesituation abgestimmt:

	Menge  Hygiene-Wunsch-Box
Bitte ankreuzen	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> 50 Mundschutz </div> </div>
	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> 1 FFP2-Maske </div> </div>
max. 4 St.	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> 1 Box Einweghandschuhe <input type="radio"/> XS <input type="radio"/> S <input type="radio"/> M <input type="radio"/> L <input type="radio"/> XL <input type="radio"/> Vinyl <input type="radio"/> Nitril <input type="radio"/> Latex </div> </div>
	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> Händedesinfektion </div> </div>
	<input type="radio"/> 100 ml Flasche
	<input type="radio"/> 500 ml Flasche
	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> Flächendesinfektion </div> </div>
	<input type="radio"/> 500 ml Flasche
	<input type="radio"/> 60 Desinfektionstücher
	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> 100 Fingerlinge </div> </div>
	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> 125 Esslätzchen / Schutzschürzen </div> </div>
	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> 100 Schutzschürzen (lang) </div> </div>
max. 3 St.	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> 25 Bettschutzeinlagen </div> </div>

Einfach kostenlos zur Hygiene-Box hinzubestellen:

	Waschbare Bettschutzeinlagen
Bitte ankreuzen	<div style="display: flex; align-items: center;">  <div style="margin-left: 5px;"> Max. 6 Stück* / Kalenderjahr </div> </div>

Dank gesetzlichem Anspruch können Sie bis zu sechs* wiederverwendbare Bettschutzeinlagen pro Kalenderjahr **kostenlos zu Ihrer Hygiene-Box hinzubestellen**. Die Auswahl Ihrer Pflegehilfsmittel wird dadurch **nicht** eingeschränkt.

** je nach Krankenkasse*

Sie haben **Fragen?**

Kostenlose Beratung

Wenn Sie eine unverbindliche Beratung wünschen, sind wir gerne persönlich unter der Telefonnr. **0800 / 333 80 90** für Sie zu erreichen.

Antrag Pflegekasse: Hygiene-Box

Versicherte(r) / Pflegebedürftige(r)

Angaben zur Person:

Anrede:	
Vorname:	Nachname:
Straße:	Hausnr.:
PLZ:	Ort:
Telefon:	E-Mail:
Geburtsdatum:	

Versichertendaten:

Versicherten-Nr.:

Krankenkasse:

Versicherte(r) / Pflegebedürftige(r) ist beihilfeberechtigt: ja | nein

Pflegegrad: 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

Produktgruppe 54: Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel bis maximal 40 € monatlich / bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen. Sollte dieser Fall eintreten nimmt die Hygiene Daheim GmbH **vor der Auslieferung** Kontakt mit mir auf um die Inhalte der Box ggfs. anzupassen!

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

Produktgruppen (Bitte zutreffende Produktgruppe ankreuzen.)

Produktgruppe 54	<input checked="" type="checkbox"/>	Produktgruppe 51	<input checked="" type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Mundschutz (54.99.01.2001) • Einweghandschuhe (54.99.01.1001) • Flächendesinfektion (54.99.02.0002) • Händedesinfektion (54.99.02.0001) • Fingerlinge (54.99.01.0001) • Schutzschürzen, kurz (54.99.01.3001) • Schutzschürzen, lang (54.99.01.3001) • Bettschutzeinlagen (54.45.01.1001) 		<ul style="list-style-type: none"> • Waschbare Bettschutzeinlagen (51.40.014. . . .) 	

Leistungserbringer

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:

Hygiene Daheim GmbH	
Glückauf-Ring 19	Institutionskennzeichen:
45699 Herten	IK 330557127

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)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

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

..... Datum IK-Nr. der Pflegekasse Stempel und Unterschrift

Antrag: Hygiene-Box

Freunde werben Freunde - Empfohlen durch

Vorname:	Nachname:
Straße:	Hausnr.:
PLZ:	Ort:

Gewünschte Prämie (bitte ankreuzen): **Hygiene Daheim Tasse** | **reisenthal Carrybag** (Sammeln Sie **5** genehmigte Anträge.)

Versicherte(r) / Pflegebedürftige(r)

Vorname:	Nachname:
----------	-----------

Inkontinenzprodukte

Bedarf: ja | nein

Im Bedarfsfall bin ich damit einverstanden, das die Partnerfirma für Inkontinenzprodukte mit mir Kontakt aufnimmt.

Angehörige(r) / Pflegeperson

Angaben zur Person:

Anrede:	
Vorname:	Nachname:
Straße:	Hausnr.:
PLZ:	Ort:
Telefon:	E-Mail:

Pflegeperson ist als Betreuer(in) gesetzlich bevollmächtigt:

Lieferadresse

Die monatliche Lieferung der Hygiene-Box erfolgt an:

- eigene Adresse/Versicherte(r)
 Pflegeperson
 Pflegedienst

Pflegedienst

Name/Adresse Pflegedienst:

Datum:



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Lieferantenwechsel: Hygiene-Box

Versicherte(r) / Pflegebedürftige(r)

Vorname:	Nachname:
----------	-----------

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit ermächtige ich die Hygiene Daheim GmbH, Glückauf-Ring 19, 45699 Herten, IK: 330557127, meine beantragten und genehmigten zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel direkt mit meiner Krankenkasse abzurechnen. Eine Belieferung durch den bisherigen Lieferanten soll nicht mehr erfolgen.

Bisheriger Lieferant:

--

Mit freundlichen Grüßen



Datum:

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Sehr geehrte Damen und Herren,

der Schutz Ihrer personenbezogenen Daten hat bei uns höchste Priorität. Nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir auch verpflichtet, Sie darüber zu informieren, zu welchem Zweck wir Ihre Daten erheben, speichern oder weiterleiten. Dieser Information können Sie auch entnehmen, welche Rechte Sie in diesem Bereich haben.

1. Verantwortlichkeit für die Datenverarbeitung

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist:

Hygiene Daheim GmbH
Geschäftsführung:
Michael Harbich, Burkhard Glaser
Glückauf-Ring 19 | 45699 Herten
Tel.: 0800 333 80 90, Fax: 02366 583 98 79
E-Mail: info@hygiene-daheim.de

Datenschutzbeauftragter ist:

Detlef Kuch (DEKRA geprüft)
Kontakt: E-Mail: detlef.kuch@t-online.de

2. Zweck der Datenverarbeitung

Die Datenverarbeitung erfolgt freiwillig auf Basis von gesetzlichen Grundlagen, um die Anträge und Verträge zwischen Ihnen und weiteren Vertragspartnern bestmöglich sowie die damit verbundenen Pflichten zu erfüllen.

Hierzu verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten. Dazu zählen: Kontaktdaten, Geburtsdaten, Krankenkassendaten, Pflegedienst und ggf. soziale Beziehung (Pflegeperson) die in Verbindung mit dem Vertrag stehen.

Die Erhebung dieser Daten ist ggf. Voraussetzung für die sorgfältige Bearbeitung Ihres Vertrages. Werden die notwendigen Informationen nicht bereitgestellt, kann eine sorgfältige Bearbeitung nicht erfolgen.

3. Empfänger Ihrer Daten

Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben.

Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Pflegekasse, Krankenkasse, Pflegedienst, Pflegeperson sowie zweckgebundene Verrechnungsstellen sein.

Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung der bei Ihnen erbrachten Leistungen oder zur Klärung von Ihrem Versicherungsverhältnis ergebenden Fragen. Im Einzelfall erfolgt die Übermittlung von Daten an weitere berechnete Empfänger.

4. Speicherung Ihrer Daten

Wir bewahren Ihre personenbezogenen Daten nur solange auf, wie dies für die Durchführung der Bearbeitung erforderlich ist.

Aufgrund rechtlicher Vorgaben sind wir dazu verpflichtet, diese Daten mindestens 10 Jahre nach Abschluss auf zu bewahren. Nach anderen Vorschriften können sich längere Aufbewahrungsfristen ergeben.

5. Ihre Rechte

Sie haben das Recht, über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten Auskunft zu erhalten. Auch können Sie die Berichtigung unrichtiger Daten verlangen.

Darüber hinaus steht Ihnen unter bestimmten Voraussetzungen das Recht auf Löschung von Daten, das Recht auf Einschränkung der Datenverarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit zu.

Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt auf Basis von gesetzlichen Regelungen. Nur in Ausnahmefällen benötigen wir Ihr Einverständnis. In diesen Fällen haben Sie das Recht, die Einwilligung für die zukünftige Verarbeitung zu widerrufen.

Sie haben ferner das Recht, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde für den Datenschutz zu beschweren, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht rechtmäßig erfolgt.

Die Anschrift der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde lautet:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Postfach 20 04 44 | 40213 Düsseldorf

6. Rechtliche Grundlagen

Rechtsgrundlage für die Verarbeitung Ihrer Daten ist Artikel 9 Absatz 2 lit. h) DSGVO in Verbindung mit Paragraph 22 Absatz 1 Nr. 1 lit. b) Bundesdatenschutzgesetz. Dabei erfüllen wir mit der Aufnahme im hauptsächlichen die Versorgung und Verwaltung von Diensten im Gesundheits- oder Sozialbereich durch Aufnahme der besonderen Kategorie personenbezogener Daten. Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich gern an uns wenden

Ich habe diese Datenschutzinformationen zur Kenntnis genommen und verstanden.

Datum:



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)