

1 Wählen Sie Ihre HygieneBox

Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular an folgende Adresse: Hygiene daheim GmbH, Glückauf-Ring 19, 45699 Herten

HYGIENEBOX AUSWÄHLEN					
			Ich wünsche die Einmalhandschuhe in Größe		
HygieneBox 1	50 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	HygieneBox 2	25 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 100 Schutzschürzen (kurz)	HygieneBox 3	50 Mundschutz 1000 ml Flächendesinfektion 100 Schutzschürzen (kurz)
HygieneBox 4	100 Einmalhandschuhe 2 x 500ml Händedesinfektion 2 x 500ml Flächendesinfektion	HygieneBox 5	100 Bettschutzeinlagen 100 Schutzschürzen (kurz)	HygieneBox 6	100 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe

LIEFERINFORMATION		
Versicherte(r) / Pflegebedürfte(r)		
	Vorname:	Name:
Straße, Nr.:		PLZ, Ort:
Telefon:		E-Mail:
Pflegegrad:		
Versicherte(r) ist:		
Versicherte(r) bezieht:		
Leistungsbeginn der Pflegekasse bzw. Bewilligung der Pflegestufe erfolgte im		Jahr:
Angehörige(r) / Pflegeperson		
Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen		
	Vorname:	Name:
Straße, Nr.:		PLZ, Ort:
Telefon:		E-Mail:
Pflegeperson ist:		
Pflegeperson ist als Betreuer(in) gesetzlich bevollmächtigt:		
Pflegedienst	Empfehlung durch	
Bitte nennen Sie den betreuenden Pflegedienst		
Name/Adresse Pflegedienst:	Name/Adresse Kooperationspartner:	
Lieferadresse		
Die monatliche Lieferung der HygieneBox soll bitte erfolgen:		

Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular an folgende Adresse: **Hygiene daheim GmbH, Glückauf-Ring 19, 45699 Herten.** Hierfür können Sie gerne unseren kostenlosen Rücksendeschein verwenden (Download: www.hygiene-daheim.de/ihre-hygienebox/antragsformulare.html).

Sollten Sie nicht über die Möglichkeit verfügen das Formular auszudrucken senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular bitte an folgende E-Mail-Adresse: **info@hygiene-daheim.de.**

Datum

✕

Bitte füllen Sie den Antrag aus, damit die Kosten für Ihre HygieneBox von der Pflegekasse übernommen werden können.

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

2 Antrag auf Kostenübernahme Ihre HygieneBox

Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular an folgende Adresse: Hygiene daheim GmbH, Glückauf-Ring 19, 45699 Herten

VERSICHERTE(R) / PFLEGEBEDÜRFTIGE(R)	
Vorname:	Name:
Straße, Nr.:	PLZ, Ort:
Geb.-Datum:	E-Mail:
Pflegekasse:	Versicherten-Nr.:

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe 54 – bis maximal 40 € monatlich/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Bitte zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittel- positionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen – Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.1001
Fingerlinge	<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
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

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

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel- positionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	51.40.014. _ _ _

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

Name und Anschrift:
Hygiene daheim GmbH, Glückauf-Ring 19, 45699 Herten

Institutionskennzeichen:
IK 330557127

Bitte senden Sie uns das vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular an folgende Adresse: **Hygiene daheim GmbH, Glückauf-Ring 19, 45699 Herten.** Hierfür können Sie gerne unseren kostenlosen Rücksendeschein verwenden (Download: www.hygiene-daheim.de/ihre-hygienebox/antragsformulare.html).

Sollten Sie nicht über die Möglichkeit verfügen das Formular auszudrucken senden Sie uns das vollständig ausgefüllte Formular bitte an folgende E-Mail-Adresse: **info@hygiene-daheim.de.**

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

- 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/Beihilfeberechtigter(r)

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel und Unterschrift