

# 1 Wählen Sie Ihre HygieneBox

## LIEFERINFORMATION

### Versicherte(r) / Pflegebedürfte(r)

<input type="radio"/> Herr	<input type="radio"/> Frau	Vorname:	Name:
		Telefon:	E-Mail:
Pflegegrad	<input type="radio"/> keiner <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5		
Versicherte(r) ist:	<input type="radio"/> gesetzlich pflegeversichert <input type="radio"/> privat pflegeversichert <input type="radio"/> beihilfeberechtigt <input type="radio"/> über Orts-/Sozialamt versichert		
Versicherte(r) bezieht:	<input type="radio"/> Pflegesachleistung § 36 (Pflege wird nur durch ambulanten Pflegedienst geleistet) <input type="radio"/> Pflegegeld § 37 (Pflege wird nur durch Angehörige(n) oder andere private Pflegepersonen erbracht) <input type="radio"/> Kombinationsleistung § 38 (Pflege wird durch private Pflegeperson(en) und Pflegedienst gemeinsam erbracht)		
Leistungsbeginn der Pflegekasse bzw. Bewilligung der Pflegestufe erfolgte im	Monat:	Jahr:	

### Angehörige(r) / Pflegeperson

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

<input type="radio"/> Herr	<input type="radio"/> Frau	Vorname:	Name:
Straße, Nr.:		PLZ, Ort:	
Telefon:		E-Mail:	
Pflegeperson ist <input type="radio"/> Ehe-/Lebenspartner <input type="radio"/> (Schwieger-)Tochter/Sohn <input type="radio"/> Mutter/Vater <input type="radio"/> Freund(in)/Bekannte(r) <input type="radio"/> Betreuer(in)			
Pflegeperson ist als Betreuer(in) gesetzlich bevollmächtigt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			

### Pflegedienst

Bitte nennen Sie den betreuenden Pflegedienst

### Empfehlung durch

Name/Adresse Pflegedienst:	Name/Adresse Kooperationspartner:

### Lieferadresse

Die monatliche Lieferung der HygieneBox soll bitte erfolgen:  eigene Adresse/Versicherte(r)  Pflegeperson  Pflegedienst

## HYGIENEBOX AUSWÄHLEN

<b>HygieneBox 1</b> <input type="radio"/>	50 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<b>HygieneBox 2</b> <input type="radio"/>	25 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 100 Schutzschürzen (kurz)	<b>HygieneBox 3</b> <input type="radio"/>	50 Mundschutz 1000 ml Flächendesinfektion 100 St. Schutzschürzen (kurz)
<b>HygieneBox 4</b> <input type="radio"/>	200 Einmalhandschuhe 2 x 500ml Händedesinfektion 2 x 500ml Flächendesinfektion	<b>HygieneBox 5</b> <input type="radio"/>	100 Bettschutzeinlagen 100 Schutzschürzen (kurz)	<b>HygieneBox 6</b> <input type="radio"/>	75 Bettschutzeinlagen 200 Einmalhandschuhe

Ich wünsche die Einmalhandschuhe in Größe  S  M  L  XL

Ich habe Interesse an zusätzlichen Pflegehilfsmitteln oder Produkten für meine Pflege und möchte entsprechende Informationen

per Post  per E-Mail  per Telefon erhalten (bitte ankreuzen)

Mit Ankreuzen vorstehender Kästchen und meiner Unterschrift willige ich in die Verwendung meiner Daten zur Übersendung entsprechender Informationen per Post / E-Mail und/oder Telefon (wie vorstehend ausgewählt) durch die Hygiene Daheim GmbH ein. Ich kann die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und der Verwendung meiner Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung widersprechen.

Datum



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

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

# 2 Antrag auf Kostenübernahme Ihre HygieneBox

## VERSICHERTE(R) / PFLEGEBEDÜRFTIGE(R)

<input type="radio"/> Herr <input type="radio"/> Frau	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="radio"/>	54.45.01.1001
Fingerlinge	<input type="radio"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="radio"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="radio"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen – Einmalgebrauch	<input type="radio"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen – wiederverwendbar	<input type="radio"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="radio"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="radio"/>	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="text"/>	54.45.01.1_ _ _

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

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

Institutionskennzeichen:  
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

- 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