

# Zuzahlungsfreie Pflegehilfsmittel für die häusliche Pflege

Nutzen Sie zuzahlungsfreie Pflegehilfsmittel zur Entlastung in der häuslichen Pflege!



Nach §40  
SGB XI ab  
Pflegegrad 1

## So beantragen Sie meinPflegeset:

- 1 Unterlagen telefonisch oder online anfordern oder auf unserer Webseite downloaden
- 2 Antrag ausfüllen und an uns zurücksenden – wir kümmern uns um den Rest
- 3 **Bestellformular** für die Erstbestellung – **Anlage 2** für den gesamten Bedarf
- 4 Pflegeset zuzahlungsfrei erhalten und jederzeit an Ihre Bedürfnisse anpassen

## Die Pflegehilfsmittel im Pflegeset – individuell auf den Pflegebedürftigen abgestimmt

	<p><b>Bettstutzeinlagen (Inhalt: 25 Stk.)</b> Geeignet bei vorübergehender Inkontinenz (bspw. nach OP) oder für Reisen und Auswärtsübernachtungen. Einmalgebrauch; Unterseite aus flüssigkeitsundurchlässigem Material, Oberseite Vliessschicht; Mit Zellstoff/Zellulose gefüllt; Maße: 60 x 90 cm</p>		<p><b>FFP2-Halbmaske (Inhalt: 10 Stk.)</b> Die FFP2-Maske bietet Schutz sowohl für die Pflegeperson als auch für den Pflegebedürftigen vor Ansteckungen durch Tröpfcheninfektionen, wie sie beispielsweise bei Erkältungen auftreten können. Zusätzlich bietet sie Schutz vor Aerosolen. Aus 4-lagigem Polypropylen-Vliesstoff, biegbarem Aluminium-Nasenbügel, Partikelfiltrationseffizienz von <math>\geq 94\%</math></p>
	<p><b>Einmalhandschuhe (Inhalt: 100 Stk.)</b> Bieten den nötigen Schutz vor Infektionen oder Keimen bei Pflege mit Wundsekret oder anderen Körperflüssigkeiten. Latex, Vinyl oder Nitril; Unsteril, ungepudert; Größe S, M, L oder XL</p>		<p><b>Flächendesinfektion (Inhalt: 500 ml/60 Tücher)</b> Geeignet für alkoholbeständige Flächen und Medizinprodukte. Schützt Sie selbst und den Pflegebedürftigen Gebrauchsfertige Lösung oder Tücher; Keimvermindernde Wirkung gegen Bakterien, Viren und Pilze</p>
	<p><b>Händedesinfektion (Inhalt: 500 ml)</b> Auch in Reisegrößen erhältlich (Inhalt: 100 ml, 50 ml, 15 Tücher) Zum Einreiben der Haut. Schützt Sie selbst und den Pflegebedürftigen vor Infektionen. Gebrauchsfertige Lösung, Gel oder Tücher; Keimvermindernde Wirkung gegen Bakterien, Viren, Pilze; Hautfreundlich</p>		<p><b>Schutzschürzen (Inhalt: 100 Stk.)</b> Zum Schutz vor Verunreinigung der eigenen Kleidung in der Pflege z.B. beim Baden, Waschen, Essen und Trinken, etc. Einmalgebrauch; Wasserfestes, abwaschbares und feuchtigkeitsabweisendes Folienmaterial</p>
	<p><b>Mundschutz (Inhalt: 50 Stk.)</b> Schützt vor allem andere (Fremdschutz) vor Flüssigkeitsteilchen, welche der Maskenträger bspw. beim Sprechen oder Husten abgibt. Einmalgebrauch; Vlies- bzw. Zellstoff zur Abdeckung von Mund und Nase, mit Nasenbügel und Gummischlaufen zur Befestigung</p>		<p><b>Schutzservietten / Einmal-Lätzchen (Inhalt: 50 Stk.)</b> Zum Einmalgebrauch. Dient der Hilfestellung beim Essen und Trinken und schützt die Kleidung und den Essbereich. Weiß/blau PE-Lätzchen zum Einmalgebrauch; Polyethylen und Tissue-Papier-Beschichtung; Größe: 37 x 66 cm/Auffangschutz 10 cm</p>
	<p><b>Fingerlinge (Inhalt: 100 Stk.)</b> Zum einmaligen Gebrauch und können zum Auftragen von Gel oder Salbe verwendet werden. Zudem schützen sie kleinere Verletzungen, wie z. B. Blasen. Einmalgebrauch; Latex, Größe S, M, L oder XL</p>		<p><b>Wiederverwendbare Bettstutzeinlagen*</b> Bieten Schutz und Sicherheit bei einer Inkontinenz. Können nach Maschinenwäsche mehrfach genutzt werden. Bis zu 250 x bei 95 °C waschbar; Format: 85 x 90 cm *Abhängig von der Leistung der jeweiligen Pflegekasse, erhält der Pflegebedürftige 2 – 4 wiederverwendbare Bettstutzeinlagen.</p>

## meinPflegeset – ein Service der Praxis Partner GmbH

Praxis Partner ist zugelassener Leistungserbringer für alle Pflegekassen und privaten Pflegeversicherungen (IK-Nr. 590640208). Seit über 40 Jahren ist Praxis Partner ein starker Partner in der Medizinbranche und steht für Zuverlässigkeit, Qualität und Erfahrung.



meinPflegeset  
ein Service von Praxis Partner GmbH

In den Fritzenstücker 9–11  
65549 Limburg  
E-Mail: kontakt@mein-pflegeset.de

Bei Fragen zu **meinPflegeset**, rufen Sie uns einfach kostenfrei an unter **0800 000 83 64**.  
[www.mein-pflegeset.de](http://www.mein-pflegeset.de)

## So gelangen Sie an Ihre Pflegehilfsmittel:

- 1 Wählen Sie Ihre zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel aus, die auf Ihre bedarfsgerechte Versorgung abgestimmt sind.
- 2 Füllen Sie „Anlage 2 - Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation“ aus, gemäß Ihres individuellen Bedarfs. Die untenstehende Ausfüllhilfe kann Ihnen dabei helfen. Bitte beachten Sie auch die Hinweise zu den jeweiligen Packungsinhalten.
- 3 Überprüfen Sie, ob Sie alle relevanten Produkte gekennzeichnet und die Kreuze korrekt gesetzt haben. Unterschreiben Sie den Antrag.
- 4 Wenn Ihre Pflegekasse Ihren Antrag genehmigt hat, wird Ihnen Ihr **meinPflegeset** portofrei geliefert oder zur Abholung bereit gestellt. Sollten sich Ihre Bedürfnisse einmal ändern, können Sie uns einfach kostenfrei anrufen. Wir passen Ihr **meinPflegeset** gerne entsprechend an.

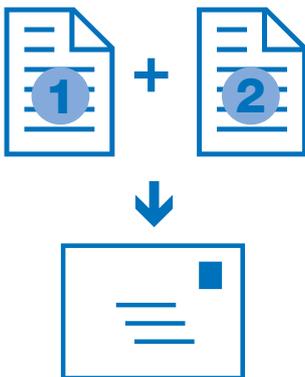
## Rückumschlag

### So gehts:

- 1 Vordruck entlang der vorgegebenen Linie ausschneiden.
- 2 Ausschnitt auf einen Briefumschlag kleben.
- 3 Beide Formulare unterschrieben in den Umschlag stecken und in den Briefkasten werfen.  
Das Porto übernehmen wir für Sie!

Bestellformular

Anlage 2



Entgelt  
zahlt  
Empfänger



Deutsche Post

ANTWORT

meinPflegeset

Praxis Partner GmbH

In den Fritzenstücker 9-11

65549 Limburg

Ihr individuelles Paket  
für die häusliche Pflege!

**mein  
Pflegeset**

www.mein-pflegeset.de

Alternativ können Sie uns die Formulare auch per Fax **0800 978 01 20** oder per E-Mail an [kontakt@mein-pflegeset.de](mailto:kontakt@mein-pflegeset.de) zukommen lassen.

## Name der/des Versicherten/ Pflegebedürftigen

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
	Telefon:	E-Mail:
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> keinen		

## Angehörige(r)/ Pflegeperson

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

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
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		

## Lieferung des Pflegesets an

die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n)  die/den Angehörige(n)/Pflegeperson

E-Mail Adresse für Sendungsverfolgung \_\_\_\_\_

Hiermit willige ich ein, dass meinPflegeset meine E-Mail-Adresse an Post- bzw. Paketdienstleister zwecks Sendungsverfolgung weitergeben darf.

## Ich benötige folgende Pflegehilfsmittel

(Bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> <b>individuelles meinPflegeset</b> , mit der Bitte um Rückruf oder einfach selbst konfigurieren unter: <a href="http://mein-pflegeset.de">mein-pflegeset.de</a>	<input type="checkbox"/> <b>Bettschutzeinlagen</b> (25 Stk.) zum Einmalgebrauch Maße: 60 x 90 cm Menge _____	<input type="checkbox"/> <b>Mundschutz</b> (50 Stk.) zum Einmalgebrauch mit Nasenbügel und Gummischlaufen Menge _____	<input type="checkbox"/> <b>Schutzschürzen</b> (100 Stk.) zum Einmalgebrauch Wasserfestes Folienmaterial Menge _____
	<input type="checkbox"/> <b>Einmalhandschuhe</b> (100 Stk.) ungepulvert Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Material: <input type="checkbox"/> Nitril <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Latex Menge _____	<input type="checkbox"/> <b>FFP2-Halbmaske</b> (10 Stk.) Partikelfiltrationseffizienz von ≥ 94 % Menge _____	<input type="checkbox"/> <b>Schutzservietten / Einmal-Lätzchen</b> (50 Stk.) Größe: 37 x 66 cm Auffangschutz: 10 cm Menge _____
	<input type="checkbox"/> <b>Händedesinfektion</b> (500 ml) <input type="checkbox"/> Flüssig <input type="checkbox"/> Gel Reisegröße: <input type="checkbox"/> Flüssig (100 ml) <input type="checkbox"/> Gel (50 ml) <input type="checkbox"/> Tücher (15 Stk.) Menge _____	<input type="checkbox"/> <b>Flächendesinfektion</b> <input type="checkbox"/> Flüssig (500 ml) <input type="checkbox"/> Tücher (60 Stück) Menge _____	<input type="checkbox"/> <b>Fingerlinge</b> (100 Stk.) zum Einmalgebrauch, Latex Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Menge _____
	<input type="checkbox"/> <b>Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen</b> 2 – 4 Stk. pro Jahr waschbar, Format: 85 x 90 cm Menge _____	Meine Notizen: _____ _____	

Gewünschter Lieferrhythmus:  jeden Monat  jeden 2. Monat  jeden 3. Monat

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

<input type="checkbox"/> Suchmaschine (z. B. Google)	<input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/> Anzeige/Artikel in _____
<input type="checkbox"/> meinPflegeset Webseite	<input type="checkbox"/> Flyer	<input type="checkbox"/> Plakatwerbung
<input type="checkbox"/> Social Media (z. B. Facebook, Instagram)	<input type="checkbox"/> Seniorenportal	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

## Abtretungserklärung / Beauftragung / AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit beauftrage ich die Praxis Partner GmbH mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragsteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die Praxis Partner GmbH ab. Hiermit gestatte ich den Austausch von Daten mit dem Kooperationspartner Opta Data Abrechnungs GmbH (Berthold-Beitz-Boulevard 514, 45141 Essen) zum Zwecke der Leistungserbringung. Die Datenschutzhinweise für Kunden/Versicherte/Pflegebedürftige habe ich zur Kenntnis genommen.



Ort/Datum \_\_\_\_\_



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) \_\_\_\_\_

## WICHTIG:

Den ausgefüllten und vom Versicherten unterschriebenen **Antrag auf Kostenübernahme** sowie das **Bestellformular** im beiliegenden, vorfrankierten Rückumschlag an meinPflageset zurücksenden.

Anlage 2  
bitte nicht  
vergessen!

- 1 Persönliche Daten des Versicherten
- 2 Persönliche Daten der Pflegeperson
- 3 Bitte ankreuzen, wenn Sie einen anderen Empfänger wünschen und Sie beim Auslieferungsdienst Ihre Sendung verfolgen möchten
- 4 Wählen Sie Ihre benötigten Pflegehilfsmittel aus Handschuh-Größe und -Material nicht vergessen
- 5 Datum und Unterschrift nicht vergessen!



**meinPflageset**  
Praxis Partner GmbH

In den Fritzenstücker 9-11  
65549 Limburg

Telefon: 0800 000 83 64  
Telefax: 0800 378 01 20

E-Mail: kontakt@mein-pflageset.de  
www.mein-pflageset.de

**Ihre Angaben für die Pflageset-Erstbestellung**

---

**Name der/des Versicherten / Pflegebedürftigen** (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname: _____	Name: _____
	Telefon: _____	E-Mail: _____
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> keinen		

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

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname: _____	Name: _____
	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		

**Lieferung des Pflagesets an**

die /den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n)  die /den Angehörige(n)/Pflegeperson

E-Mail Adresse für Sendungsverfolgung \_\_\_\_\_  
Hiermit will ich ein, dass meinPflageset meine E-Mail-Adresse an Post- bzw. Paketdienstleister zwecks Sendungsverfolgung weitergeben darf.

**Ich benötige folgende Pflegehilfsmittel** (Bitte ankreuzen)

<input type="checkbox"/> <b>individuelles meinPflageset</b> mit der Bitte um Rückruf oder einfach selbst konfigurieren unter: <a href="http://mein-pflageset.de">mein-pflageset.de</a>	<input type="checkbox"/> <b>Bettgeschutzeinlagen</b> (25 Stk.) zum Einmalgebrauch Maße: 60 x 90 cm Menge _____	<input type="checkbox"/> <b>Mundschutz</b> (50 Stk.) zum Einmalgebrauch mit Nasenbügel und Gummischlaufen Menge _____
<input type="checkbox"/> <b>Einmalhandschuhe</b> (100 Stk.) ungedüngert Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Material: <input type="checkbox"/> Nitril <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Latex Menge _____	<input type="checkbox"/> <b>FFP2-Halbmaske</b> (10 Stk.) Partikelfiltrationseffizienz von 94 % Menge _____	<input type="checkbox"/> <b>Schutzschürzen / Einmal-Lätzchen</b> (50 Stk.) zum Einmalgebrauch Wasserfestes Folienmaterial Größe: 37 x 66 cm Auffangschutz: 10 cm Menge _____
<input type="checkbox"/> <b>Händedesinfektion</b> (500 ml) <input type="checkbox"/> Flüssig <input type="checkbox"/> Gel Reisegröße: <input type="checkbox"/> Flüssig (100 ml) <input type="checkbox"/> Gel (50 ml) <input type="checkbox"/> Tücher (15 Stk.) Menge _____	<input type="checkbox"/> <b>Flächendesinfektion</b> <input type="checkbox"/> Flüssig (500 ml) <input type="checkbox"/> Tücher (60 Stück) Menge _____	<input type="checkbox"/> <b>Fingerringe</b> (100 Stk.) zum Einmalgebrauch, Latex Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Menge _____
<input type="checkbox"/> <b>Wiederverwendbare Bettgeschutzeinlagen</b> 2 - 4 Stk. pro Jahr waschbar, Format: 85 x 90 cm Menge _____	Meine Notizen: _____	

Gewünschter Lieferrhythmus:  jeden Monat  jeden 2. Monat  jeden 3. Monat

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

<input type="checkbox"/> Suchmaschine (z. B. Google)	<input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/> Anzeige / Artikel in _____
<input type="checkbox"/> meinPflageset Webseite	<input type="checkbox"/> Flyer	<input type="checkbox"/> Plakatwerbung
<input type="checkbox"/> Social Media (z. B. Facebook, Instagram)	<input type="checkbox"/> Seniorenportal	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

**Abtretungserklärung / Beauftragung / AGB** (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit beauftrage ich die Praxis Partner GmbH mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragsteller/Leistungsenehmer meinen etwaigen Kostenersatzanspruch gemäß § 38b SGB gegenüber der Pflegekasse an die Praxis Partner GmbH ab. Hiermit gestatte ich den Austausch von Daten mit dem Kooperationspartner Opta Data Abrechnungs GmbH (Berthold-Beitz-Boulevard 514, 45141 Essen) zum Zwecke der Leistungserbringung. Die Datenschutzhinweise für Kunden/Versicherte/Pflegebedürftige habe ich zur Kenntnis genommen.

**5**

**WICHTIG:**  
Bitte auch  
Anlage 2  
ausfüllen!

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) \_\_\_\_\_

Wenn Sie Fragen zu [meinPflageset](http://meinPflageset.de) haben, oder Hilfe beim Ausfüllen der Formulare benötigen sind wir gerne persönlich für Sie da.

Rufen Sie uns einfach zum Nulltarif an:

 **0800 000 83 64**

Montag bis Freitag: 8.00 bis 20.00 Uhr

Weitere Informationen und Kontaktmöglichkeiten finden Sie auch auf unserer Internetseite:

 [www.mein-pflageset.de](http://www.mein-pflageset.de)





durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
	590640208

- Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber
- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
  - die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

- Form des Beratungsgesprächs:
- Beratung in den Geschäftsräumen
  - Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)
  - Beratung in der Häuslichkeit

- Der o. g. Leistungserbringer hat
- mich persönlich und/oder
  - meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen) beraten.

Datum der Beratung:

Beratende/r Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_

- Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.**

- Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

Datum  Unterschrift der/des Versicherten\*

\*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

- PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI
- PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI
- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum) (IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

**WICHTIG:**

Den ausgefüllten und vom Versicherten unterschriebenen **Antrag auf Kostenübernahme** sowie das **Bestellformular** im beiliegenden, vorfrankierten Rückumschlag an mein**Pflegeset** zurücksenden.



- 1 Persönliche Daten des Versicherten
- 2 Bitte ankreuzen
- 3 Tragen Sie hier bitte die Menge / den Faktor bzw. den Packungsinhalt\* des jeweiligen Pflegehilfsmittels ein
- 4 Hier bitte die entsprechende Größe eintragen (S-XL)

\*Unter dieser Tabelle finden Sie die Packungsinhalte der verfügbaren Pflegehilfsmittel. (z.B.: 1 Packung Bettschutz = Menge 25, 2 Packungen Bettschutz = Menge 50)

- 5 Bei Bedarf bitte nur das Kreuz setzen, weitere Informationen werden automatisch ausgefüllt

**Anlage 2 - Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_ Pflegekasse \_\_\_\_\_

Ich beantrage die Kostenübernahme für:  
 zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilferechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionnummer	Rechengröße	Menge / Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	25	
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	100	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	100	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	50	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück	10	
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	100	
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	1	
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	50	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	5	Bei 100 ml bitte den Faktor 1, bei 500 ml bitte den Faktor 5, bei 1000 ml bitte den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	5	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	15	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	60	

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionnummer	Rechengröße	Menge / Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Hygiene und zur Linderung von Beschwerden (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen-wiederverwendbar	51.40.01.4 <small>(Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)</small>	1-Stück		

**Produktgruppe 54:**

- Einmalverwendbare Bettschutzeinlagen: 25 Stück/Packung
- Fingerlinge Latex: 100 Stück/Packung, Gr. S/M/L/XL
- Einmalhandschuhe: 100 Stück/Packung, Gr. S/M/L/XL
- Medizinische Gesichtsmasken: 50 Stück/Packung
- Partikelfiltrierende Halbmasken: 10 Stück/Packung
- Einmalverwendbare Schutzschürzen: 100 Stück/Packung

- Wiederverwendbare Schutzschürzen: 1 Stück/Packung
- Einmalverwendbare Schutzservietten: 50 Stück/Packung
- Händedesinfektionsmittel: 100 ml/Flasche oder 500 ml/Flasche
- Flächendesinfektionsmittel: 100 ml/Flasche oder 500 ml/Flasche
- Händedesinfektionstücher: 15 Stück/Packung
- Flächendesinfektionstücher: 60 Stück/Packung

**WICHTIG:**

Den ausgefüllten und vom Versicherten unterschriebenen **Antrag auf Kostenübernahme** sowie das **Bestellformular** im beiliegenden, vorfrankierten Rückumschlag an mein**Pflegeset** zurücksenden.



1 Bitte ankreuzen

2 Bitte ankreuzen

3 Bitte ankreuzen

4 Datum eintragen und Unterschreiben

5 Dieser Bereich wird von der Pflegekasse ausgefüllt

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)	Institutionskennzeichen
	5906402081

1  Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber

- welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind,
- die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

Form des Beratungsgesprächs:  Beratung in den Geschäftsräumen  
 Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)  
 Beratung in der Häuslichkeit

Der o. g. Leistungserbringer hat  mich persönlich und/oder  
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten oder Angehörigen) beraten.

Datum der Beratung: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Beratende/r Mitarbeiter/in: \_\_\_\_\_

2  Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

3  Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

4 [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Datum  
 \_\_\_\_\_ Unterschrift der/des Versicherten\*

\*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI  PG 51 mit Zuzahlung  
 PG 51 ohne Zuzahlung  
 PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI  PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter  
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum) (IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Wenn Sie Fragen zu **meinPflegeset** haben, oder Hilfe beim Ausfüllen der Formulare benötigen sind wir gerne persönlich für Sie da.

Rufen Sie uns einfach zum Nulltarif an:

**0800 000 83 64**

Montag bis Freitag: 8.00 bis 20.00 Uhr

Weitere Informationen und Kontaktmöglichkeiten finden Sie auch auf unserer Internetseite:

**www.mein-pflegeset.de**



## INFORMATIONEN NACH ART. 13, 14 UND 21 DER DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG (DS-GVO)

Mit diesen Datenschutzhinweisen geben wir Ihnen als Kunde unseres Unternehmens einen Überblick über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch uns und Ihre Rechte.

Wenn Sie als unser Vertragspartner und Kunde keine natürliche Person sind oder den Antrag für eine andere Person (pflegebedürftige Person) stellen, leiten Sie diese Informationen bitte an die betroffene Person weiter, deren personenbezogene Daten wir verarbeiten.

### 1. VERANTWORTLICHER DER DATENVERARBEITUNG, KONTAKT

Verantwortlicher der Datenverarbeitung sind wir,

**Praxis Partner GmbH**

In den Fritzenstücker 9-11, 65549 Limburg

Telefon: +49 (0)800/000 83 64 | E-Mail: kontakt@mein-pflegeset.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie wie folgt:

Herrn Dipl.-Inform. Olaf Tenti

GDI Gesellschaft für Datenschutz und Informationssicherheit mbH

Körnerstr. 45, 58095 Hagen | E-Mail: datenschutz@gdi-mbh.eu

### 2. UMFANG DER DATENVERARBEITUNG

Wir verarbeiten Daten, die Sie uns übermitteln oder die wir im Rahmen bestehender Verträge oder mit Ihrer Erlaubnis von Dritten erhalten haben. Insbesondere werden folgende personenbezogenen Daten und Kategorien von Daten für die unter Ziff. 3 und 6 dieser Datenschutzerklärung genannten Zwecke verarbeitet:

- Daten zur Person des Antragsstellers sowie zur Person des Versicherten bzw. Pflegebedürftigen und/oder des Ansprechpartners (Vorname, Nachname, Anschrift, Telefonnummer, EMail-Adresse, Geburtsdatum);
- Zahlungsinformationen wie Bankverbindung;
- Informationen zum Zahlungsverhalten.

Folgende Daten werden nur gemäß Ziff. 5 dieser Datenschutzerklärung verarbeitet:

- Gesundheitsdaten, die sich aus dem Antrag ergeben, insb. Angaben zum Pflegegrad, beauftragtem Pflegedienst, sowie Angaben zur Pflegeversicherung einschließlich der Versichertennummer;
- Inhalt des konkreten Vertrages (Artikel, Preis, etc.), soweit sich daraus Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person ergeben.

### 3. ZWECK DER VERARBEITUNG, RECHTSGRUNDLAGE

Im Nachfolgenden informieren wir Sie darüber, für welche Zwecke und auf welcher Rechtsgrundlage wir Ihre Daten verarbeiten. Die unter dieser Ziffer genannten Rechtsgrundlagen gelten nicht für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten/personenbezogenen Daten besonderer Kategorien.

#### 3.1 ERFÜLLUNG VERTRAGLICHER PFLICHTEN – ART. 6 ABS. 1 LIT. B) DSGVO

Wir verarbeiten Ihre Daten zum Abschluss von Verträgen zur Bereitstellung von Pflegematerial sowie zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Verpflichtungen. Die Zwecke der Datenverarbeitung richten sich im Einzelnen nach dem konkreten Vertrag.

#### 3.2 INTERESSENABWÄGUNG – ART. 6 ABS. 1 LIT. F) DSGVO

Wir können Ihre Daten auf Basis einer Interessenabwägung zur Wahrung unserer berechtigten Interessen oder der berechtigten Interessen Dritter verarbeiten. Dies erfolgt insbesondere zu folgenden Zwecken:

- Werbung, Markt- und Meinungsforschung;
- Allgemeine Geschäftssteuerung;
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten;
- Verhinderung und Aufklärung von Straftaten;
- Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebes.

#### 3.3 EINWILLIGUNG – ART. 6 ABS. 1 LIT. A) DSGVO

Soweit Sie uns eine Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten erteilt haben, ist die jeweilige Einwilligung Rechtsgrundlage für die dort genannte Verarbeitung. Sie können die Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies gilt auch für Einwilligungen, die Sie ggf. vor Geltung der DSGVO, also vor dem 25. Mai 2018, erteilt haben. Der Widerruf wirkt nur für zukünftige Verarbeitungen; bis zum Widerruf erfolgte Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig.

#### 3.4 GESETZLICHE VORGABEN – ART. 6 ABS. 1 LIT. C) DSGVO

Wir unterliegen verschiedenen rechtlichen Verpflichtungen zur Aufbewahrung von Unterlagen und Informationen, die sich insbesondere aus handels-, gesellschafts- und steuerrechtlichen Vorschriften ergeben können. Zur Erfüllung dieser Aufgaben speichern wir ggf. darin enthaltene personenbezogene Daten. Rechtsgrundlage der Speicherung ist dann Art. 6 Abs. 1 lit. c) DSGVO i. V. m. mit der jeweiligen bereisspezifischen Vorschrift.

## 4. WEITERGABE VON DATEN

Eine Weitergabe Ihrer Daten erfolgt nur, soweit eine gesetzliche Rechtsgrundlage dies gestattet oder Sie Ihre Zustimmung erteilt haben. Innerhalb unseres Hauses erhalten diejenigen Stellen Ihre Daten, die diese zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten oder zur Erfüllung ihrer jeweiligen Aufgaben benötigen (z. B. Versand, Rechnungsabteilung, Vertrieb und Marketing.). Darüber hinaus können folgende Stellen Ihre Daten erhalten:

- von uns eingesetzte Auftragsverarbeiter (Art. 28 DSGVO) insbesondere im Bereich IT-Dienstleistungen und Marketing, die Ihre Daten weisungsgebunden für uns verarbeiten;
- öffentliche Stellen und Institutionen (z. B. Finanzbehörden) bei Vorliegen einer gesetzlichen oder behördlichen Verpflichtung;
- sonstige Stellen, für die Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung erteilt haben (insbesondere mit uns verbundene Unternehmen).

## 5. BESONDERE KATEGORIEN PERSONENBEZOGENER DATEN

Die DSGVO sieht für Daten, die unter den Begriff der „besonderen Kategorien personenbezogener Daten“ (Art. 9 Abs. 1 DSGVO) fallen, besonderen Schutz vor. Zu diesen Daten zählen zu genetische, biometrische sowie Gesundheitsdaten. Soweit besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne von Art. 9 Abs. 1 DSGVO im Rahmen des Vertragsverhältnisses verarbeitet werden, dient die Verarbeitung der Ermöglichung der Wahrnehmung von Rechten der sozialen Sicherheit, die sich aus § 40 Abs. 1 und 2 Elftes Buch des Sozialgesetzbuches (SGB XI) ergeben. Die Verarbeitung von Daten erfolgt daher auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. c) i. V. m. § 40 Abs. 1 und 2 SGB XI. Wir übermitteln die Daten der pflegebedürftigen Person zu Zwecken der Abrechnung unserer Leistungen an die zuständige Pflegekasse. Rechtsgrundlage hierfür ist ebenfalls Art. 9 Abs. 2 lit. c) i. V. m. § 40 Abs. 1 und 2 SGB XI.

## 6. AUSKUNFT EIEN

Zur Einschätzung des Risikos eines Vertragsabschlusses ist es möglich, dass personenbezogene Daten an eine Kreditauskunftei übersendet werden oder von dort Informationen anfordert werden. Diese Übermittlung erfolgt auf Grundlage unseres berechtigten Interesses nach Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO zur Einschränkung des wirtschaftlichen Risikos. Besondere Kategorien personenbezogener Daten (vgl. Ziff. 5) werden nicht übermittelt. Die Kreditauskunftei bewertet durch uns und andere gesammelte Informationen und übermittelt uns im Einzelfall eine Einschätzung des Ausfallrisikos. Die Einholung der Information erfolgt nur, wenn wir ein kreditorisches Risiko tragen bzw. ein solches eingehen wollen, d. h. in Vorleistung gehen und die Zahlung nicht durch die Pflegekasse erfolgen soll. Die Übermittlung erfolgt von bzw. an:

Verband der Vereine Creditreform e. V.  
Hammfelddamm 13, 41460 Neuss  
Datenschutzinformationen: <https://www.creditreform.de/datenschutz>

## 7. DAUER DER DATENSPEICHERUNG

Soweit erforderlich, verarbeiten wir personenbezogenen Daten für die Dauer der Vertragsabwicklung. Wir unterliegen verschiedenen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten, die sich insb. aus handels-, gesellschafts- und steuerrechtlichen Vorschriften ergeben können. Die dort vorgegebenen Fristen zur Aufbewahrung bzw. Dokumentation betragen bis zu zehn Jahren.

## 8. DRITTLANDÜBERMITTLUNG VON DATEN

Soweit wir uns zur Durchführung unseres Vertragsverhältnisses Software von Anbietern mit Sitz in Drittstaaten oder Software von Anbietern mit Subunternehmern/Dienstleistern in Drittstaaten bedienen, können – je nach Verarbeitungszweck – Ihre Daten oder Teile Ihrer Daten in Drittstaaten (z. B. in die Vereinigten Staaten von Amerika) übermittelt werden. Wir weisen darauf hin, dass mit Wegfall des EU-US-Privacy Shields derzeit für die Vereinigten Staaten ein Angemessenheitsbeschluss der Kommission i.S.d. Art. 45 Abs. 3 DSGVO für ein ausreichendes Datenschutzniveau fehlt. Daher haben wir mit von uns eingesetzten Dienstleistern/Anbietern zum Schutz Ihrer Daten von der EU-Kommission erlassene Standard-datenschutzklauseln i.S.d. Art. 46 Abs. 2 lit. c) DSGVO abgeschlossen. Ferner haben einige unserer Dienstleister für deren Unternehmen interne von der jeweils zuständigen Aufsichtsbehörde genehmigte verbindliche Datenschutzvorschriften (BCR) im Sinne des Art. 47 DSGVO implementiert.

## 9. PFLICHT ZUR BEREITSTELLUNG VON DATEN

Sie sind nicht gesetzlich oder vertraglich verpflichtet Ihre Daten bereitzustellen. Bei Nichtbereitstellung der Daten werden wir einen Vertragsschluss bzw. eine Belieferung jedoch mangels Abrechenbarkeit ablehnen.

## 10. AUTOMATISIERT ENTSCHIEDUNGSFINDUNG / PROFILBILDUNG

Wir verarbeiten Ihre Daten nicht in einem System, das automatisch Entscheidungen mit Rechtswirkung für Sie trifft oder mit dem Ziel, bestimmte persönliche Aspekte zu bewerten (sog. „Profiling“).

## 11. DATENSCHUTZRECHTE

Sie haben unter den jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen das Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO, § 34 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) in der ab dem 25. Mai 2018 geltenden Fassung), auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO, § 35 BDSG), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO) sowie auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO). Außerdem haben Sie ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Art. 77 DSGVO, § 19 BDSG). Datenschutzrechtliche Einwilligungen können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen; hierzu können Sie sich unter den unter Ziff. 1 genannten Kontaktdaten an uns wenden.

## 12. Widerspruchsrecht nach Art. 21 DSGVO

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Art. 6 Abs. 1 lit. f) DSGVO (Datenverarbeitung auf der Grundlage einer Interessenabwägung) erfolgt, Widerspruch einzulegen. Legen Sie Widerspruch ein, werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr verarbeiten, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder wenn die Verarbeitung der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen dient.