

# Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1, i. V. m. § 40 Abs. 2 SGB XI (analog Anlage 4)



meinPflegeset  
Praxis Partner  
Fachversand für  
Arzt- und Laborbedarf GmbH  
In den Fritzenstücker 9–11  
65549 Limburg

Telefon: 0800 000 83 64  
Telefax: 0800 978 01 20

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



## Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Geb.-Datum:		Telefon:
Pflegekasse:		Versicherten-Nr.:
Anschrift Pflegekasse:		

### Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe 54 – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages von 40 €/bei Beihilfeanspruch maximal 20 € monatlich nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Bitte zutreffendes ankreuzen	Pflegemittel-positionsnummer
<del>Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)</del>	<del><input type="checkbox"/></del>	<del>54.45.01.0001</del>
<del>Fingerlinge puderfrei</del>	<del><input type="checkbox"/></del>	<del>54.99.01.0001</del>
<del>Einmalhandschuhe puderfrei</del>	<del><input type="checkbox"/></del>	<del>54.99.01.1001</del>
<del>Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch)</del>	<del><input type="checkbox"/></del>	<del>54.99.01.2001</del>
<del>Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)</del>	<del><input type="checkbox"/></del>	<del>54.99.01.3001</del>
<del>Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)</del>	<del><input type="checkbox"/></del>	<del>54.99.02.0001</del>
<del>Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren)</del>	<del><input type="checkbox"/></del>	<del>54.99.02.0002</del>

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

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (Produktgruppe 51)	Benötigte Stückzahl	Pflegemittel-positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen wasch- und wiederverwendbar		51.40.01.4

### Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:

<b>Name und Anschrift:</b> Praxis Partner Fachversand für Arzt- und Laborbedarf GmbH In den Fritzenstücker 9–11, 65549 Limburg	<b>Institutionskennzeichen:</b> 590640208
--	--

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.

Hiermit bevollmächtige ich die Praxis Partner Fachversand für Arzt- und Laborbedarf GmbH (meinPflegeset) mit der Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch Praxis Partner Fachversand für Arzt- und Laborbedarf GmbH (meinPflegeset), welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der Praxis Partner Fachversand für Arzt- und Laborbedarf GmbH (meinPflegeset) solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie die Praxis Partner Fachversand für Arzt- und Laborbedarf GmbH (meinPflegeset) als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer.

X

Ort / Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse** (wird durch die Pflegekasse ausgefüllt)

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)

## 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		

## Pflegedienst

(falls vorhanden)

Name Pflegedienst:	
Straße/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	E-Mail:

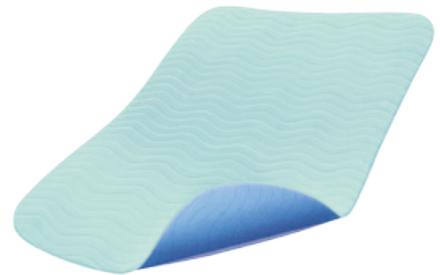
## Lieferung der wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen an

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

## Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen

### Waschbare Bettschutzeinlagen

- Wiederverwendbare textile Bettschutzeinlage aus Vlies mit einer Saugstärke von 7 Tropfen
- Format: 85 x 90 cm
- Weiche Oberfläche bietet höchsten Komfort
- Nimmt Flüssigkeit auf und bietet Schutz für unterschiedliche Flächen
- Umweltfreundlich, da bis zu 250 x bei 95 °C waschbar und Wäschetrockner geeignet



Abhängig von der Leistung Ihrer Pflegekasse erhalten Sie max. 4 wiederverwendbare Bettschutzeinlagen.

## Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

<input type="checkbox"/> Suchmaschine (z. B. Google)	<input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/> Messe
<input type="checkbox"/> Praxis Partner Webseite	<input type="checkbox"/> Flyer	<input type="checkbox"/> Plakatwerbung
<input type="checkbox"/> Social Media (z. B. Facebook, Instagram)	<input type="checkbox"/> Zeitungsanzeige	<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)

## DATENSCHUTZHINWEISE FÜR KUNDEN / VERSICHERTE / PFLEGEBEDÜRFTIGE

Informationen nach Art. 13, 14 und 21 der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO)

Mit diesen Datenschutzhinweisen informieren wir Sie gemäß der ab dem 25. Mai 2018 geltenden EU-Datenschutz Grundverordnung (DS-GVO) über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten anlässlich unserer Leistungen im Rahmen von meinPflegeset durch uns sowie über die Ihnen zustehenden Rechte. Diese Hinweise werden soweit erforderlich aktualisiert.

### 1. VERANTWORTLICHER UND DATENSCHUTZBEAUFTRAGTER

1.1 Verantwortlicher ist Praxis Partner Fachversand für Arzt- und Laborbedarf GmbH, In den Fritzenstücker 9-11, 65549 Limburg, Telefon: 0800 0008364, E-Mail: kontakt@mein-pflegeset.de

1.2 Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten:

E-Mail: privacy@safe-port.de

### 2. WELCHE QUELLEN UND DATEN NUTZEN WIR?

Wir verarbeiten Daten, die wir aus der Geschäftsbeziehung mit Ihnen erhalten. Die Daten erhalten wir direkt von Ihnen, z. B. im Rahmen eines Vertragsschlusses oder Auftragserteilung, Anfragen und Beratungsgesprächen. Insbesondere stammen die Daten aus dem Formular/ Antrag zur Kostenübernahme der Pflegehilfsmittel. Konkret verarbeiten wir u. a. Daten zum Versicherten, wie zum Beispiel Name, Anschrift, Geburtsdatum, Pflegekasse, Versicherungsnummer, Kontaktdaten, Angaben zum Pflegedienst sowie Angaben zum gewählten Pflegeset.

### 3. WOFÜR VERARBEITEN WIR IHRE DATEN (ZWECK DER VERARBEITUNG) UND AUF WELCHER RECHTSGRUNDLAGE?

Im Nachfolgenden informieren wir Sie darüber, wofür und auf welcher Rechtsgrundlage wir Ihre Daten verarbeiten.

#### 3.1. ZUR ERFÜLLUNG VON VERTRAGLICHEN PFLICHTEN (Art. 6 Abs. 1 Buchst. b DS-GVO)

Wir verarbeiten Ihre Daten zur Durchführung unserer Verträge mit Ihnen, d. h. insbesondere zur Ausführung Ihrer Aufträge, also Zusendung der gewählten Pflegebox und zur Abrechnung von Leistungen mit der Pflegekasse und zur Abwicklung der Kostenübernahme. Die Zwecke der Datenverarbeitung richten sich im Einzelnen nach dem konkreten Produkt und den Vertragsunterlagen.

#### 3.2. IM RAHMEN DER INTERESSENABWÄGUNG (Art. 6 Abs. 1 Buchst. f DS-GVO)

Wir können Ihre Daten außerdem auf Basis einer Interessenabwägung zur Wahrung der berechtigten Interessen von uns oder von Dritten verwenden. Dies erfolgt zu folgenden Zwecken:

- Unterstützung unserer Mitarbeiter bei der Kundenberatung und -betreuung und dem Vertrieb
- allgemeine Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Dienstleistungen und Produkten
- Werbung, Markt- und Meinungsforschung
- Geltendmachung rechtlicher Ansprüche und Verteidigung bei rechtlichen Streitigkeiten
- Verhinderung und Aufklärung von Straftaten
- Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs

Unser Interesse an der jeweiligen Verarbeitung ergibt sich aus den jeweiligen Zwecken und ist im Übrigen wirtschaftlicher Natur (effiziente Aufgabenerfüllung, Vertrieb, Vermeidung von Rechtsrisiken). Soweit es der konkrete Zweck gestattet, verarbeiten wir Ihre Daten pseudonymisiert oder anonymisiert.

#### 3.3. AUFGRUND IHRER EINWILLIGUNG (Art. 6 Abs. 1 Buchst. a DS-GVO)

Soweit Sie uns eine Einwilligung zur Verarbeitung von personenbezogenen Daten erteilt haben, ist die jeweilige Einwilligung Rechtsgrundlage für die dort genannte Verarbeitung. Dies betrifft insbesondere Ihre etwaige Einwilligung bei dem Abschluss eines Vertrages in die Weitergabe Ihrer Daten an unsere Mitarbeiter zur Kundenberatung und -betreuung. Zudem haben Sie ggf. der werblichen Ansprache per E-Mail oder Telefon zugestimmt. Sie können Einwilligungen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Dies gilt auch für Einwilligungserklärungen, die Sie uns gegenüber vor der Geltung der DS-GVO, also vor dem 25. Mai 2018, erteilt haben. Der Widerruf wirkt nur für zukünftige Verarbeitungen.

Die Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist Art. 6 Abs. 1 lit. a) DSGVO.

#### 3.4. AUFGRUND GESETZLICHER VORGABEN (Art. 6 Abs. 1 Buchst. c DS-GVO)

Wir unterliegen verschiedenen rechtlichen Verpflichtungen, das heißt gesetzlichen Anforderungen (z. B. Handelsgesetzbuch, Steuergesetze).

## 4. WER BEKOMMT MEINE DATEN?

Eine Weitergabe Ihrer Daten erfolgt nur, soweit eine Rechtsgrundlage dies gestattet. 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. Vertrieb und Marketing). Darüber hinaus können folgende Stellen Ihre Daten erhalten:

- Pflegekasse/ Krankenkasse
- von uns eingesetzte Auftragsverarbeiter (Art. 28 DS-GVO) insbesondere im Bereich IT-Dienstleistungen und Logistik, die Ihre Daten weisungsgebunden für uns verarbeiten
- öffentliche Stellen und Institutionen (z. B. Finanzbehörden) bei Vorliegen einer gesetzlichen oder behördlichen Verpflichtung sowie
- sonstige Stellen, für die Sie uns Ihre Einwilligung zur Datenübermittlung erteilt haben.

## 5. WIE LANGE WERDEN MEINE DATEN GESPEICHERT?

Soweit erforderlich, verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten für die Dauer unserer Geschäftsbeziehung, was auch die Anbahnung und Abwicklung eines Vertrags umfasst. Darüber hinaus unterliegen wir verschiedenen Aufbewahrungs- und Dokumentationspflichten, die sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch (HGB) und der Abgabenordnung (AO) ergeben. Die dort vorgegebenen Fristen zur Aufbewahrung bzw. Dokumentation betragen zwei bis zehn Jahre. Schließlich beurteilt sich die Speicherdauer auch nach den gesetzlichen Verjährungsfristen, die zum Beispiel nach den §§ 195 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) in der Regel drei Jahre, in gewissen Fällen aber auch bis zu dreißig Jahre betragen können.

## 6. WERDEN DATEN IN EIN DRITTLAND ÜBERMITTELT?

Wir übermitteln Ihre Daten nicht in Staaten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums – EWR (Drittländer).

## 7. WELCHE WEITEREN DATENSCHUTZRECHTE HABE ICH?

Sie haben unter den jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen das Recht auf Auskunft (Art. 15 DS-GVO, § 34 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) in seiner ab dem 25. Mai 2018 gültigen Fassung), auf Berichtigung (Art. 16 DS-GVO), auf Löschung (Art. 17 DS-GVO, § 35 BDSG), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DS-GVO) sowie auf Datenübertragbarkeit (Art. 20 DS-GVO). Außerdem haben Sie ein Beschwerderecht bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde (Art. 77 DS-GVO, § 19 BDSG).

## 8. BESTEHT FÜR MICH EINE PFLICHT ZUR BEREITSTELLUNG VON DATEN?

Im Rahmen unserer Geschäftsbeziehung müssen Sie nur diejenigen personenbezogenen Daten bereitstellen, die für die Begründung, Durchführung und Beendigung einer Geschäftsbeziehung erforderlich sind oder zu deren Erhebung wir gesetzlich verpflichtet sind. Ohne diese Daten werden wir in der Regel den Abschluss des Vertrages oder die Ausführung des Auftrages ablehnen müssen oder einen bestehenden Vertrag nicht mehr durchführen können und ggf. beenden müssen.

## 9. INWIEWEIT GIBT ES EINE AUTOMATISIERTE ENTSCHEIDUNGSFINDUNG IM EINZELFALL?

Zur Begründung und Durchführung der Geschäftsbeziehung nutzen wir keine automatisierte Entscheidungsfindung gemäß Art. 22 DS-GVO. Sollten wir diese Verfahren in Einzelfällen einsetzen, werden wir Sie hierüber gesondert informieren, sofern dies gesetzlich vorgegeben ist.

## 10. INWIEWEIT WERDEN MEINE DATEN FÜR DIE PROFILBILDUNG GENUTZT?

Wir verarbeiten Ihre Daten nicht mit dem Ziel, bestimmte persönliche Aspekte zu bewerten (sog. „Profiling“).

## 11. WELCHE WIDERSPRUCHSRECHTE HABE ICH? (Art. 21 DS-GVO)

### a) Einzelfallbezogenes Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f DS-GVO (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 die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

### b) Widerspruchsrecht gegen eine Verarbeitung von Daten für Zwecke der Direktwerbung

Wir können Ihre Daten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen auch für Direktwerbung verarbeiten. Sie haben das Recht, jederzeit Widerspruch gegen die Verarbeitung Sie betreffender personenbezogener Daten zum Zwecke derartiger Werbung einzulegen. Dies gilt auch für das Profiling, soweit es mit solcher Direktwerbung in Verbindung steht. Widersprechen Sie der Verarbeitung für Zwecke der Direktwerbung, so werden wir Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr für diese Zwecke verarbeiten. Der Widerspruch kann jeweils formfrei erfolgen. Unsere Kontaktdaten finden Sie unter Ziffer 1.1.

## WICHTIG:

Den ausgefüllten und vom Versicherten unterschriebenen **Antrag auf Kostenübernahme 1** sowie das **Bestellformular 2** im beiliegenden, vorfrankierten Rückumschlag an meinPflageset zurücksenden.

### 1 Persönliche Daten des Versicherten



### 2 Bitte ankreuzen, wenn Sie wiederverwendbare Bettschutzeinlagen benötigen

*Je nach Pflegekasse variiert der jährliche Anspruch auf wiederverwendbare Bettschutzeinlagen. Bitte tragen Sie maximal 4 Stück ein.*

### 3 Bitte ankreuzen!

### 4 Datum und Unterschrift nicht vergessen!



**meinPflageset**  
Praxis Partner  
Fachversand für  
Arzt- und Laborbedarf GmbH  
In den Fritzenstücker 9-11  
65549 Limburg

Telefon: 0800 000 83 64  
Telefax: 0800 978 01 20  
E-Mail: kontakt@mein-pflageset.de  
www.mein-pflageset.de

1

**Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel**  
Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln  
gemäß § 78 Abs. 1, i. V. m. § 40 Abs. 2 SGB XI (analog Anlage 4)

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

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname: <input style="width: 100%;" type="text"/>	Name: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Straße/Nr.: <input style="width: 100%;" type="text"/>		PLZ/Ort: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Geb.-Datum: <input style="width: 100%;" type="text"/>		Telefon: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Pflegekasse: <input style="width: 100%;" type="text"/>		Versicherten-Nr.: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Anschrift Pflegekasse: <input style="width: 100%;" type="text"/>		

Ich beantrage die Kostenübernahme für:  
zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe 54 – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages  
von 40 €/bei Beihilfenspruch maximal 20 € monatlich nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten  
werden von mir selbst getragen.

Verbrauchsmittel (Produktgruppe 54)	Bitte zutreffendes ankreuzen	Pflegemittel-positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen <small>(mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch))</small>	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge <small>(pulverfrei)</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe <small>(pulverfrei)</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz <small>(Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch))</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen <small>(wasserfestes/abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch))</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel <small>(keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren))</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel <small>(keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren))</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

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

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (Produktgruppe 51)	Benötigte Stückzahl	Pflegemittel-positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen <small>wash- und wiederverwendbar</small>		51.40.01.4

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:

<b>Name und Anschrift:</b> Praxis Partner Fachversand für Arzt- und Laborbedarf GmbH In den Fritzenstücker 9-11, 65549 Limburg	<b>Institutionskennzeichen:</b> 590640208
--	--

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienst) verwendet werden dürfen.  
Hiermit bevollmächtige ich die Praxis Partner Fachversand für Arzt- und Laborbedarf GmbH (meinPflageset) mit der Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch Praxis Partner Fachversand für Arzt- und Laborbedarf GmbH (meinPflageset), welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widersprechen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der Praxis Partner Fachversand für Arzt- und Laborbedarf GmbH (meinPflageset) solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie die Praxis Partner Fachversand für Arzt- und Laborbedarf GmbH (meinPflageset) als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer.

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

X  
Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse** (wird durch die Pflegekasse ausgefüllt)

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

Datum: \_\_\_\_\_ IK-Nr. der Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Stempel/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte wenden →

**PRIVAT-  
VERSICHERTE  
UND SELBSTZAHLER**

Bitte rufen Sie uns an,  
wir helfen Ihnen schnell  
und unkompliziert  
weiter.

Wenn Sie Fragen zu meinPflageset 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**

**WICHTIG:**

Den ausgefüllten und vom Versicherten unterschriebenen **Antrag auf Kostenübernahme ①** sowie das **Bestellformular ②** im beiliegenden, vorfrankierten Rückumschlag an meinPflageset zurücksenden.

- ① Persönliche Daten des Versicherten
- ② Persönliche Daten der Pflegeperson
- ③ Daten des betreuenden Pflegedienstes (falls vorhanden)
- ④ Empfänger der wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen
- ⑤ Datum und Unterschrift nicht vergessen!



**meinPflageset**  
Praxis Partner  
Fachversand für  
Arzt- und Laborbedarf GmbH  
In den Fritzenstücker 9-11  
65549 Limburg

Telefon: 0800 000 83 64  
Telefax: 0800 978 01 20  
E-Mail: kontakt@mein-pflageset.de  
www.mein-pflageset.de

2

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

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span>	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: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">2</span>	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		

**Pflegedienst** (falls vorhanden)

Name Pflegedienst: <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">3</span>	
Strasse/Nr.:	PLZ/Ort:
Telefon:	E-Mail:

**Lieferung der wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen an**

die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n) 4  die/den Angehörige(n)/Pflegeperson  den Pflegedienst

**Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen**

- Wiederverwendbare textile Bettschutzeinlage aus Vlies mit einer Saugstärke von 7 Tropfen
- Format: 85 x 90 cm
- Weiche Oberfläche bietet höchsten Komfort
- Nimmt Flüssigkeit auf und bietet Schutz für unterschiedliche Flächen
- Umweltfreundlich, da bis zu 250 x bei 95 °C waschbar und Wäschetrockner geeignet

Abhängig von der Leistung Ihrer Pflegekasse erhalten Sie max. 4 wiederverwendbare Bettschutzeinlagen.



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

<input type="checkbox"/> Suchmaschine (z. B. Google)	<input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/> Messe
<input type="checkbox"/> Praxis Partner Webseite	<input type="checkbox"/> Flyer	<input type="checkbox"/> Plakatwerbung
<input type="checkbox"/> Social Media (z. B. Facebook, Instagram)	<input type="checkbox"/> Zeitungsanzeige	<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 Kostenersatzanspruch 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-Betz-Boulevard 514, 45141 Essen) zum Zwecke der Leistungserbringung. Die Datenschutzhinweise für Kunden/Versicherte/Pflegebedürftige habe ich zur Kenntnis genommen.

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

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

PRIVAT-VERSICHERTE UND SELBSTZAHLER

Bitte rufen Sie uns an, wir helfen Ihnen schnell und unkompliziert weiter.

Wenn Sie Fragen zu meinPflageset 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**

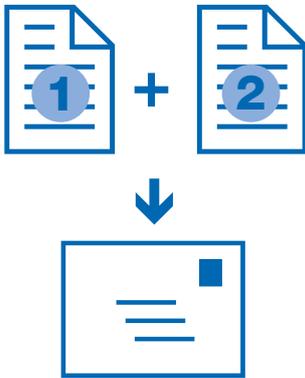
Montag bis Freitag: 8.00 bis 20.00 Uhr

Weitere Informationen und Kontaktmöglichkeiten finden Sie auch auf unserer Internetseite:

 **www.mein-pflageset.de**

### 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!



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.



Entgelt  
zahlt  
Empfänger

  
**Deutsche Post**  
**ANTWORT**

**meinPflegeset**  
 Praxis Partner  
 Fachversand für  
 Arzt- und Laborbedarf GmbH  
 In den Fritzenstücker 9-11  
 65549 Limburg