

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

☐ Frau ☐ Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Geb.-Datum:		Telefon:
Pflegekasse:		Versicherten-Nr.:
Versicherte(r) ist: ☐ gesetzlich pflegeversichert ☐ beihilfeberechtigt ☐ über Ortsamt / Sozialamt versichert		
Anschrift Pflegekasse / Sozialamt:		

☐ **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
Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	☐	54.45.01.0001
Fingerlinge puderfrei	☐	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe puderfrei	☐	54.99.01.1001
Mundschutz Vlies, 3-lagig, mit Gummischlaufen (Einmalgebrauch)	☐	54.99.01.2001
FFP2-Halbmaske Partikelfiltrationseffizienz von ≥ 94 %	☐	54.99.01.5001
Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	☐	54.99.01.3001
Schutzservietten (Lätzchen) zum Einmalgebrauch mit Polyethylen und Tissue-Papier-Beschichtung; Größe: 37 x 66 cm / Auffangschutz 10 cm	☐	54.99.01.4001
Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren). Als Gel, Tücher oder als flüssiges Konzentrat	☐	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren). Als Tücher oder als flüssiges Konzentrat	☐	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 (max. 4 Stück)	Pflegemittel-positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen wasch- und wiederverwendbar		51.40.01.4

☐ **Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:**

Name und Anschrift: Praxis Partner Fachversand für Arzt- und Laborbedarf GmbH, In den Fritzenstücker 9–11, 65549 Limburg	Institutionskennzeichen: 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/Beihilfeberechtigte(r) | ☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r) |

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel/Unterschrift

Bitte wenden ►

Name der/des Versicherten/ Pflegebedürftigen

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

☐ Frau ☐ Herr	Vorname:	Name:
	Telefon:	E-Mail:
Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ keinen		

Angehörige(r)/ Pflegeperson

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

☐ Frau ☐ Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Telefon:		E-Mail:
Pflegeperson ist: ☐ Ehe-/Lebenspartner ☐ (Schwieger-)Tochter/Sohn ☐ Mutter/Vater ☐ Freund(in)/Bekannte(r) ☐ Betreuer(in)		
Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: ☐ ja ☐ nein		

Pflegedienst

(falls vorhanden)

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

Lieferung des Pflegesets an

☐ die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n)	☐ die/den Angehörige(n)/Pflegeperson	☐ den Pflegedienst
☐ E-Mail Adresse für Sendungsverfolgung _____		
Hiermit willige ich ein, dass mein Pflegeset meine E-Mail-Adresse an Post- bzw. Paketdienstleister zwecks Sendungsverfolgung weitergeben darf.		

Bitte wählen Sie eine Variante von mein**Pflegeset**

(gewünschtes Set ankreuzen, monatlich wechselbar)

☐ individuelles meinPflegeset, mit der Bitte um Rückruf oder einfach selbst konfigurieren unter: mein-pflegeset.de 	☐  Set 1 1 x 25 Stk. Bettschutzeinlagen 1 x 100 Stk. Einmalhandschuhe 1 x 500 ml Händedesinfektion 1 x 100 Stk. Schutzschürzen	☐  Set 2 1 x 100 Stk. Einmalhandschuhe 1 x 500 ml Händedesinfektion 1 x 500 ml Flächendesinfektion 1 x 60 Stk. Flächendes.-Tücher 1 x 10 Stk. FFP2-Masken	☐  Set 3 1 x 25 Stk. Bettschutzeinlagen 1 x 500 ml Händedesinfektion 3 x 50 Stk. Mundschutz
	☐  Set 4 2 x 25 Stk. Bettschutzeinlagen 1 x 500 ml Flächendesinfektion 1 x 100 Stk. Schutzschürzen	☐  Set 5 1 x 100 Stk. Einmalhandschuhe 1 x 500 ml Händedesinfektion Gel 1 x 60 Stk. Flächendes.-Tücher 1 x 10 Stk. FFP2-Masken 1 x 50 Stk. Einmal-Lätzchen	☐  Set 6 1 x 25 Stk. Bettschutzeinlagen 2 x 500 ml Händedesinfektion 1 x 50 Stk. Mundschutz 1 x 50 Stk. Einmal-Lätzchen

Meine Notizen: _____

Ich wünsche die Einmalhandschuhe in Größe: ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL	Material: ☐ Nitril ☐ Vinyl ☐ Latex
Ich wünsche Händedesinfektion als ☐ Flüssigkeit ☐ Tücher ☐ Gel / Ich wünsche Flächendesinfektion als ☐ Flüssigkeit ☐ Tücher	
Gewünschter Lieferrhythmus: ☐ jeden Monat ☐ jeden 2. Monat ☐ jeden 3. Monat	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Suchmaschine (z. B. Google)	☐ Freunde/Bekannte	☐ Anzeige/Artikel in _____
☐ mein Pflegeset Webseite	☐ Flyer	☐ Plakatwerbung
☐ Social Media (z. B. Facebook, Instagram)	☐ Seniorenportal	☐ 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

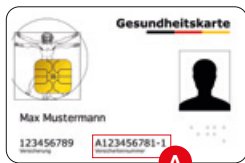
X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

WICHTIG:

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

① Persönliche Daten des Versicherten



② Bitte benötigte Pflegehilfsmittel ankreuzen

Tipp: Um später die verschiedenen Pflegeset-Varianten auswählen oder ein individuelles Set zusammenstellen zu können, kreuzen Sie bitte alle Verbrauchshilfsmittel an!

③ Bitte ankreuzen, wenn Sie wiederverwendbare Bettschutzeinlagen benötigen

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

④ Bitte ankreuzen!

⑤ Datum und Unterschrift nicht vergessen!



meinPflegeset
Praxis Partner
Fachversand für
Arzt- und Laborbedarf GmbH

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)

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)

☐ Frau ☐ Herr Vorname: _____ Straße/Nr.: _____ Geb.-Datum: _____ Pflegekasse: _____ Versicherte(r) ist: ☐ gesetzlich pflegeversichert ☐ beihilferechtigt ☐ über Ort: _____ Sozialamt versichert	Name: _____ PLZ/Ort: _____ Telefon: _____ Versicherten-Nr.: _____ Anschrift Pflegekasse / Sozialamt: _____
--	--

☐ 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
Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	☐	54.45.01.0001
Fingerlinge puderfrei	☐	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe puderfrei	☐	54.99.01.1001
Mundschutz Vlies, 3-lagig, mit Gummischlaufen (Einmalgebrauch)	☐	54.99.01.2001
FP2-Halbmaske Partikelfiltrationseffizienz von ≥ 94 %	☐	54.99.01.5001
Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch)	☐	54.99.01.3001
Schutzservietten (Lätzchen) zum Einmalgebrauch mit Polyethylen und Tissue-Papier-Beschichtung, Größe: 37 x 66 cm / Aufhängeschutz 10 cm	☐	54.99.01.4001
Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren). Als Gel, Tücher oder als flüssiges Konzentrat	☐	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren). Als Tücher oder als flüssiges Konzentrat	☐	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 (max. 4 Stück)	Pflegemittel- positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen wasch- und wiederverwendbar	4	51.40.01.4

☐ Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift: Praxis Partner Fachversand für Arzt- und Laborbedarf GmbH, In den Fritzenstücker 9–11, 65549 Limburg Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflege- dienste) verwendet werden dürfen. Hiermit bevollmächtige ich die Praxis Partner Fachversand für Arzt- und Laborbedarf GmbH (meinPflegeset) mit der Antragstellung, Befreiung 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 widersprechen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der Praxis Partner Fach- versand 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.	Institutionskennzeichen: 590640208
---	--

Ort/Datum _____ **Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)** _____

☐ PG 54 bis € 40 monatlich ☐ PG 54 bis € 20 monatlich ☐ PG 51 mit Zuzahlung
☐ PG 51 ohne Zuzahlung ☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilferechtigte(r) ☐ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilferechtigte(r)

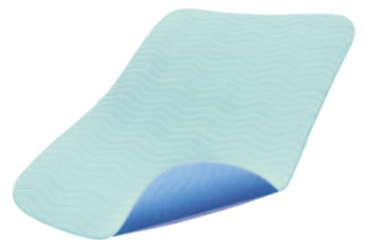
Datum _____ **IK-Nr. der Pflegekasse** _____ **Stempel/Unterschrift** _____

[Bitte wenden](#)

Unser Tipp: Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen

- Wiederverwendbare textile Bettschutzeinlage aus Vlies mit einer starken Saugstärke
- Format: 85 x 90 cm
- Weiche Oberfläche bietet höchsten Komfort
- Ökonomisch attraktiv, da bis zu 250 x bei 95 °C waschbar und Wäschetrockner geeignet
- Ohne zusätzliche Kosten

Abhängig von der Leistung Ihrer Pflegekasse erhalten Sie 2 – 4 wiederverwendbare Bettschutzeinlagen.
Wählen Sie dafür einfach die entsprechenden Optionen im Formular aus.



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



WICHTIG:

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

- ① Persönliche Daten des Versicherten
- ② Persönliche Daten der Pflegeperson
- ③ Daten des betreuenden Pflegedienstes (falls vorhanden)
- ④ Bitte ankreuzen, wenn Sie einen anderen Empfänger wünschen und Sie beim Auslieferdienst Ihre Sendung verfolgen möchten
- ⑤ Ihr gewünschtes meinPflegeset auswählen – Handschuh-Größe und -Material nicht vergessen
- ⑥ Datum und Unterschrift nicht vergessen!



meinPflegeset
Praxis Partner
Fachversand für
Arzt- und Laborbedarf GmbH

Auswahl meinPflegeset
Wählen Sie aus den verschiedenen Varianten Ihr gewünschtes Set

2

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)

☐ Frau ☐ Herr Vorname: _____	Name: _____
Telefon: _____	E-Mail: _____
Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ keinen	

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

☐ Frau ☐ Herr Vorname: _____	Name: _____
Straße/Nr.: _____	PLZ/Ort: _____
Telefon: _____	E-Mail: _____
Pflegeperson ist: ☐ Ehe-/Lebenspartner ☐ (Schwieger-)Tochter/Sohn ☐ Mutter/Vater ☐ Freund(in)/Bekannte(r) ☐ Betreuer(in)	
Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: ☐ ja ☐ nein	

Pflegedienst (falls vorhanden)

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

Lieferung des Pflegesets an

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

☐ E-Mail Adresse für Sendungsverfolgung _____

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

Bitte wählen Sie eine Variante von meinPflegeset (gewünschtes Set ankreuzen, monatlich wechselbar)

☐ individuelles meinPflegeset , mit der Bitte um Rückruf oder einfach selbst konfigurieren unter: mein-pflegeset.de	☒ Set 1 1 x 25 Stk. Bettgeschutzeinlagen 1 x 100 Stk. Einmalhandschuhe 1 x 500 ml Händedesinfektion 1 x 100 Stk. Schutzschürzen	☐ Set 2 1 x 100 Stk. Einmalhandschuhe 1 x 500 ml Händedesinfektion 1 x 60 Stk. Flächendesinfektion 1 x 10 Stk. FFP2-Masken	☒ Set 3 1 x 25 Stk. Bettgeschutzeinlagen 1 x 500 ml Händedesinfektion 3 x 50 Stk. Mundschutz
☒ Set 4 2 x 25 Stk. Bettgeschutzeinlagen 1 x 500 ml Flächendesinfektion 1 x 100 Stk. Schutzschürzen	☐ Set 5 1 x 100 Stk. Einmalhandschuhe 1 x 500 ml Händedesinfektion Gel 1 x 60 Stk. Flächendesinfektion 1 x 10 Stk. FFP2-Masken 1 x 50 Stk. Einmal-Lätzchen	☒ Set 6 1 x 25 Stk. Bettgeschutzeinlagen 2 x 500 ml Händedesinfektion 1 x 50 Stk. Mundschutz 1 x 50 Stk. Einmal-Lätzchen	

Meine Notizen: _____

Ich wünsche die Einmalhandschuhe in Größe: ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL Material: ☐ Nitril ☐ Vinyl ☐ Latex

Ich wünsche Händedesinfektion als ☐ Flüssigkeit ☐ Tücher ☐ Gel / Ich wünsche Flächendesinfektion als ☐ Flüssigkeit ☐ Tücher

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

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

☐ Suchmaschine (z. B. Google)	☐ Freunde/Bekannte	☐ Anzeige/Artikel in _____
☐ meinPflegeset Webseite	☐ Flyer	☐ Plakatwerbung
☐ Social Media (z. B. Facebook, Instagram)	☐ Seniorenportal	☐ 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-Beltz-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)

PRIVAT-VERSICHERTE UND SELBSTZAHLER

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

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 Fachversand für Arzt- und Laborbedarf 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 E I E N

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 ENTSCHEIDUNGSFINDUNG / 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

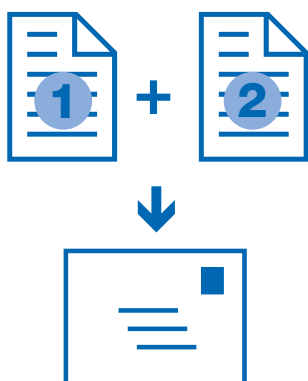
Sie haben unter den jeweiligen gesetzlichen Voraussetzungen das Recht auf Auskunft (Art. 15 DSGVO, § 34 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) in der ab dem 25. Mai 2018 geltenden Fassung), auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), auf Löschung (Art. 17 DSGVO, § 35 BDSG), auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 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.

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** zukommen lassen.



Entgelt
zahlt
Empfänger

Deutsche Post
ANTWORT

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

Ihr individuelles Paket
für die häusliche Pflege!
**mein
Pflegeset**
www.mein-pflegeset.de