

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

1

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

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Benötigte Stückzahl	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.

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/Beihilfeberechtigter(r) | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter(r) |



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

2

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 des Pflegesets an

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

Bitte wählen Sie eine Variante von meinPflegeset

(gewünschtes Set ankreuzen, monatlich wechselbar)

<input type="checkbox"/>  Set 1 25 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 100 Schutzschürzen	<input type="checkbox"/>  Set 2 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 50 Mundschutz 500 ml Flächendesinfektion 100 Schutzschürzen	<input type="checkbox"/>  Set 3 50 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion
<input type="checkbox"/>  Set 4 75 Bettschutzeinlagen 100 Schutzschürzen	<input type="checkbox"/>  Set 5 200 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 100 Schutzschürzen	<input type="checkbox"/>  Set 6 50 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion

individuelles meinPflegeset – Bitte rufen Sie mich unter folgender Telefonnummer zurück:
oder einfach selbst konfigurieren unter: www.mein-pflegeset.de

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

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.

X

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 zur gewählten Pflegebox.

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 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!

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)

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

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

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname: 1	Name: _____
Straße/Nr.: _____		PLZ/Ort: _____
Geb.-Datum: _____		Telefon: _____
Pflegekasse: _____		Versicherten-Nr.: A
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
Saugende Bettschutzeinlagen <small>mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)</small>	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerringe <small>puderfrei</small>	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe <small>puderfrei</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/abwiesendes 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.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 51)	Benötigte Stückzahl	Pflegemittel-positionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen <small>wash- und wiederverwendbar</small>	_____	51.40.01.4

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:

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

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.

Ort/Datum _____ **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/Beihilfeberechtigte(r)	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

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

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 von meinPflageset
- ⑤ Ihr gewünschtes meinPflageset auswählen – Handschuh-Größe und -Material nicht vergessen
- ⑥ Datum und Unterschrift nicht vergessen!

Auswahl meinPflageset
Wählen Sie aus den verschiedenen Varianten Ihr gewünschtes Set



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: 1	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: 2	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: 3	PLZ/Ort:	
	Strasse/Nr.:	E-Mail:	
	Telefon:		

Lieferung des Pflagesets an **4**

die/den Versicherte(n)/Pflegebedürft. die/den Angehörige(n)/Pflegeperson den Pflegedienst

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

<input type="checkbox"/> Set 1 25 Bettstützeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 100 Schutzhütchen	<input type="checkbox"/> Set 2 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 50 Mundschutz 500 ml Flächendesinfektion 100 Schutzhütchen	<input type="checkbox"/> Set 3 50 Bettstützeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion
<input type="checkbox"/> Set 4 75 Bettstützeinlagen 100 Schutzhütchen	<input type="checkbox"/> Set 5 200 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 100 Schutzhütchen	<input type="checkbox"/> Set 6 50 Bettstützeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion

individuelles meinPflageset – Bitte rufen Sie mich unter folgender Telefonnummer zurück:
 oder einfach selbst konfigurieren unter: www.mein-pflageset.de


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

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.

6 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**

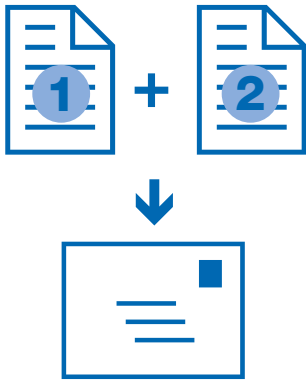
Montag bis Freitag: 8.00 bis 20.00 Uhr

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 zukommen lassen.



Entgelt
zahlt
Empfänger


Deutsche Post
ANTWORT

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