

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR PFLEGEHILFSMITTEL

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

Versicherte/r Frau Herr Divers

Pflegegrad 1 2 3 4 5 kein Pflegegrad

Geb.Datum

Vorname

Nachname

Pflegekasse

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Versicherten-Nr.

Tel.

E-Mail

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Produktgruppe 54 bis max. 40 € monatlich, bei Beihilfeberechtigung bis max. 20 € monatlich (gemäß §40 Abs.2 SGB XI).

Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Packungsinhalt	bereits für Sie gekennzeichnet	Pflegehilfsmittelpositionennummer
Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch)	50 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge Einmalgebrauch	100 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe puderfrei	100 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz Vlies 3-lagig (Einmalgebrauch)	50 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen Einmalgebrauch	100 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen wiederverwendbar	1 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung	500 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung	500 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene, Produktgruppe 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	bitte Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionennummer
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	51.40.01.4

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer:

Tingelhoff Sanitätshaus

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/Bevollmächtigte/r 

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse
(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

PG 54 bis 40€ monatlich

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

PG 54 bis 20 € monatlich/Beihilfeberechtigung

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

IK-Nr.: der Pflegekasse

Datum, Stempel und Unterschrift der Pflegekasse

BESTELLFORMULAR PFLEGEHILFSMITTEL

(gemäß Antrag auf Kostenübernahme)

Tingelhoff
meine-Pflegehilfsmittel

2

Versicherte/r Frau Herr Divers

Vorname _____ Nachname _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Geb. Datum _____ Tel. _____

E-Mail _____

Pflegegrad 1 2 3 4 5 kein Pflegegrad

pflegeversichert

privat versichert (Privatpersonen gehen in Vorleistung und beantragen die Erstattung der Kosten des Pflegepakets bei ihrer Pflegekasse selbst.)

Pflegeperson Frau Herr Divers

Vorname _____ Nachname _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Tel. _____

E-Mail _____

Die Pflegeperson ist:

als Betreuer/in bevollmächtigt ja nein

Pflegeperson

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____

Paket 1



Bettscutzeinlagen: 50 Stück
Einmalhandschuhe: 100 Stück
Händedesinfektion: 500 ml

Paket 2



Bettscutzeinlagen: 25 Stück
Einmalhandschuhe: 200 Stück
Flächendesinfektion: 500 ml

Paket 3



Bettscutzeinlagen: 25 Stück
Einmalhandschuhe: 100 Stück
Händedesinfektion: 500 ml
Mundschutz: 50 Stück

Paket 4



Schutzschürzen: 100 Stück
Händedesinfektion: 500 ml
Flächendesinfektion: 500 ml
Mundschutz: 50 Stück

Paket 5



Einmalhandschuhe: 200 Stück
Händedesinfektion: 500 ml
Flächendesinfektion: 500 ml

Paket 6



Einmalhandschuhe: 100 Stück
Händedesinfektion: 500 ml
Flächendesinfektion: 500 ml
Mundschutz: 50 Stück

Handschuhgröße

S M L XL

Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.

Die monatliche Lieferung soll an folgende Adresse geliefert werden:

Versicherte/n Pflegeperson

Pflegedienst

Selbstabholung in einer Filiale:

Do-Körne Kamen Bochum
 Do-Innenstadt Unna
 Do-Brackel Schwerte

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die private Pflege verwendet werden dürfen (und nicht für den Bedarf von Pflegediensten gedacht sind).

Hinweis

Der Versicherte/Pflegebedürftige hat das Recht selbst zu entscheiden, bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer er die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt. Er ist auch frei, den Lieferanten jederzeit zu wechseln, ohne dass er hierdurch Nachteile bei der Versorgung durch den Pflegedienst befürchten muss. Für zurück gesendete Pakete erheben wir eine Bearbeitungsgebühr von 9,90 Euro.

Hinweise zum Datenschutz

Mit meiner Unterschrift, willige ich ein, dass folgende personenbezogene Daten (Vorname, Nachname, Anschrift) zwecks Ausführung (Versand) meiner Bestellung an den derzeitigen Versandanbieter (welcher zuvor durch das Sanitätshaus Tingelhoff autorisiert wird), übermittelt werden. Name und Anschrift des derzeitigen Versandanbieters erhalten Sie auf unserer Homepage: www.meinepflegehilfsmittel.de/drittanbieter sowie auf eine telefonische Nachfrage. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Interesse an Informationen

Mit Ankreuzen des vorstehenden Kästchens und meiner Unterschrift, willige ich in die Verwendung meiner Daten zur Übersendung entsprechender Informationen per Post/E-Mail und/oder Telefon durch die Sanitätshaus Tingelhoff GmbH ein. Ihre Daten werden zu Werbezwecken nicht an Dritte weitergegeben. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Unterschrift Versicherte/r/Bevollmächtigte/r _____

Ort/Datum _____

Bitte denken Sie daran auch den Antrag auf Kostenübernahme auszufüllen, damit die Kosten für das Pflegepaket bei der Pflegekasse beantragt werden können.

AUSFÜLLHILFE ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

Bitte füllen Sie das Formular „Antrag auf Kostenübernahme“ **1** aus, damit die Kostenübernahme bei Ihrer Pflegeversicherung beantragt werden kann.

Das Formular ist entweder vom Versicherten selbst oder von der bevollmächtigten Person auszufüllen.

Bitte senden Sie den „Antrag auf Kostenübernahme“ **1** zusammen mit dem ausgefüllten „Bestellformular“ **2** entweder per E-Mail oder per Post an meine Pflegehilfsmittel.



Tingelhoff Sanitätshaus
meine-Pflegehilfsmittel
Bielefelder Str. 10
44141 Dortmund
@ pflegehilfsmittel@tingelhoff.de

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME FÜR PFLEGEHILFSMITTEL

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1. In Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI (analog Anlage 4)

1

Versicherte/r Frau Herr Divers **Pflegegrad** 1 2 3 4 5 kein Pflegegrad

Geb. Datum: _____

Vorname: _____ Nachname: _____ Pflegekasse: _____ 1

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ Versicherten-Nr.: _____

Teil: _____ E-Mail: _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel, Produktgruppe 54 bis max. 40 € monatlich, bei Behilferechtsberechtigung bis max. 20 € monatlich (gemäß § 40 Abs. 2 SGB XI).	Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54)	Packungsinhalt	bereits für Sie gekennzeichnet	Pflegehilfsmittelpositionennummer
Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.	Saugende Bettschutzunterlagen (mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch))	50 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.45.01.0001
	Fingerlinge (Einmalgebrauch)	100 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.0001
	Einmalhandschuhe (pudertfrei)	100 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.1001
	Mundschutz Vlies (3-lagig (Einmalgebrauch))	50 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.2001
	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3001
	Schutzschürzen (wiederverwendbar)	1 Stck.	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.01.3002
	Händedesinfektionsmittel (keimvermindernde Wirkung)	500 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.02.0001
	Flächendesinfektionsmittel (keimvermindernde Wirkung)	500 ml	<input checked="" type="checkbox"/>	54.99.02.0002

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene, Produktgruppe 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	bitte Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionennummer
Saugende Bettschutzunterlagen (wiederverwendbar)	□	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer: Tingelhoff Sanitätshaus

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)/Bevollmächtigte(r): _____ 4

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

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

5

IK-Nr.: der Pflegekasse _____ Datum, Stempel und Unterschrift der Pflegekasse _____

- 1 Bitte tragen Sie hier die persönlichen Daten des Versicherten ein.
- 2 Damit Sie alle Kombinationen von Pflegepaketen erhalten können, bzw. Sie den Inhalt Ihres Pakets individuell auswählen können, haben wir für Sie bereits alle Produkte angekreuzt.
- 3 Falls Sie zusätzlich wiederverwendbare Bettschutzunterlagen beantragen, kreuzen Sie bitte an und tragen die beantragte Menge ein.
- 4 Bitte geben Sie hier den Ort und das Datum an und unterschreiben Sie den Antrag auf Kostenübernahme.
- 5 Bitte **nicht** ausfüllen. Dieser Abschnitt wird von der Pflegekasse ausgefüllt.


Bitte füllen Sie das „Bestellformular“ **2** aus, um das gewünschte Pflegepaket zu erhalten. Das Formular soll entweder vom Versicherten selbst oder von der bevollmächtigten Person ausgefüllt werden.
Bitte senden Sie das ausgefüllte „Bestellformular“ **2** zusammen mit dem „Antrag auf Kostenübernahme“ **1** entweder per E-Mail an oder per Post an meine-Pflegehilfsmittel.



1 Tingelhoff Sanitätshaus
meine-Pflegehilfsmittel
Bielefelder Str. 10
44141 Dortmund

@
pflegehilfsmittel@tingelhoff.de

**BESTELLFORMULAR
PFLEGEHILFSMITTEL**
(gemäß Antrag auf Kostenübernahme)



2

Versicherte/r <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers Vorname: _____ Nachname: _____ 1 Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ Geb. Datum: _____ Tel.: _____ 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"/> kein Pflegegrad <input type="checkbox"/> pflegeversichert <input type="checkbox"/> privat versichert <small>(Privatpersonen gehen in Vorleistung und beantragen die Erstattung der Kosten des Pflegegrads bei ihrer Pflegekasse selbst.)</small> 3	Pflegeperson <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Divers Vorname: _____ Nachname: _____ 2 Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____ Tel.: _____ E-Mail: _____ Die Pflegeperson ist: als Betreuer/in bevollmächtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Pflegeperson Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
---	---

Paket 1
 Bettschutzeinlagen: 50 Stück
 Einmalhandschuhe: 100 Stück
 Händedesinfektion: 500 ml

Paket 2
 Bettschutzeinlagen: 25 Stück
 Einmalhandschuhe: 200 Stück
 Fischendesinfektion: 500 ml

Paket 3
 Bettschutzeinlagen: 25 Stück
 Einmalhandschuhe: 100 Stück
 Händedesinfektion: 500 ml
 Mundschutz: 50 Stück

Paket 4
 Schutzschürzen: 100 Stück
 Händedesinfektion: 500 ml
 Fischendesinfektion: 500 ml
 Mundschutz: 50 Stück

Paket 5
 Einmalhandschuhe: 200 Stück
 Händedesinfektion: 500 ml
 Fischendesinfektion: 500 ml

Paket 6
 Einmalhandschuhe: 100 Stück
 Händedesinfektion: 500 ml
 Fischendesinfektion: 500 ml
 Mundschutz: 50 Stück

Handschuhgröße <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL 5 Bei fehlender Angabe wird Größe M geliefert.	Die monatliche Lieferung soll an folgende Adresse geliefert werden 6 <input type="checkbox"/> Versicherte/n <input type="checkbox"/> Pflegeperson <input type="checkbox"/> Selbstabholung in einer Pfl. <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> De-Ebene <input type="checkbox"/> Frauen <input type="checkbox"/> Buchum <input type="checkbox"/> De-Brackel <input type="checkbox"/> Schwerte
--	--

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die private Pflege verwendet werden dürfen (und nicht für den Bedarf von Pflegediensten gedacht sind). 7	Hinweis Der Versicherte/Pflegebedürftige hat das Recht selbst zu entscheiden, bei welchem Lieferanten/Unterstützungsanbieter die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt. Er ist auch frei, den Lieferanten jederzeit zu wechseln, ohne dass er hierdurch Nachteile bei der Versorgung durch den Pflegebedürftigen muss. Für zurück gelieferte Pakete erheben wir eine Bearbeitungsgebühr von 0,90 Euro.	Hinweise zum Datenschutz Mit meiner Unterschrift, willige ich ein, dass folgende personenbezogene Daten (Vorname, Nachname, Anschrift) zwecks Ausführung (Versand) meiner Bestellung an den derzeitigen Versandanbieter (bevorzugt zuvor durch das Sanitätshaus Tingelhoff autorisiert) weitergegeben werden. Name und Anschrift des derzeitigen Versandanbieters erhalten Sie auf unserer Homepage, sowie meine-Pflegehilfsmittel.de/aktualisierer sowie auf einer telefonischen Nachfrage. Diese Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.
--	--	---

Unterschrift Versicherte/r/Bevollmächtigter/r _____ 7	Ort/Datum _____
--	-----------------

Bitte denken Sie daran auch den Antrag auf Kostenübernahme auszufüllen, damit die Kosten für das Pflegepaket bei der Pflegekasse beantragt werden können.

- 1** Tragen Sie hier bitte die persönlichen Daten des Versicherten ein.
- 2** Tragen Sie hier bitte die persönlichen Daten der Pflegeperson ein.
- 3** Kontaktdaten des betreuenden Pflegedienstes (falls vorhanden).
- 4** Bitte kreuzen Sie eines der 6 Pflegepakete an.
- 5** Wählen Sie die benötigte Handschuhgröße aus.
- 6** Bitte geben Sie an, an welche Kontaktperson die monatliche Lieferung erfolgen soll.
- 7** Tragen Sie den Ort sowie das Datum ein und unterschreiben Sie das Bestellformular.

Ausgabe 02 | 02 | 2022 | Stand (47) | Seite 2 von 2 | MV 564