

Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1 SGB XI in Verbindung mit § 40 SGB XI und § 127 SGB V

(Name, Vorname) (Geburtsdatum) (Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

| zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel | zutreffendes ankreuzen | Pflegehilfsmittelpositionsnummer |
|--|--------------------------|----------------------------------|
| saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch | <input type="checkbox"/> | 54.45.01.0001 |
| Fingerlinge | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.0001 |
| Einmalhandschuhe | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.1001 |
| Mundschutz | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.2001 |
| Schutzschürzen - Einmalgebrauch | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.3001 |
| Schutzschürzen - wiederverwendbar | <input type="checkbox"/> | 54.99.01.3002 |
| Händedesinfektionsmittel | <input type="checkbox"/> | 54.99.02.0001 |
| Flächendesinfektionsmittel | <input type="checkbox"/> | 54.99.02.0002 |

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug des gesetzlichen Eigenanteils, soweit keine Befreiung vorliegt.

| benötigte Stückzahl | Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene | Pflegehilfsmittelpositionsnummer |
|---------------------|--|----------------------------------|
| | saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar | 51.40.01.4 |

durch folgenden Leistungserbringer:

| Name und Anschrift | Institutionskennzeichen (sofern bekannt) |
|---|--|
| Abena GmbH, Lösnitz Mark 23, 06780 Zörbig | 331500438 |

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.

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

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

Vertrag über die Versorgung
gemäß § 78 Abs. 1 SGB XI in

Ihre Kontaktdaten

Geben Sie hier Ihre
Kontakt Daten an

bestimmten Pflegehilfsmittel
SGB V

(Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel
§ 40 Abs. 2 SGB XI/bel Beihilfeberechtigter
hinausgehende Kosten werden übernommen.

Beantragen

Bitte beantragen Sie mit Ankreuzen der oberen Box die Kostenübernahme und kreuzen Sie in der Liste alle Produkte an (auch Produkte, die nicht Bestandteil Ihrer ersten Box sind). Sie haben dann in Zukunft die Möglichkeit, Ihre Box zu wechseln, ohne einen Neuantrag an Ihre Pflegekasse stellen zu müssen.

Die Entscheidung über eine Genehmigung und deren Umfang wird von der Pflegekasse erteilt.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch

Fingerlinge

Einmalhandschuhe

Mundschutz

Schutzschürzen – Einmalgebrauch

54.99.01.3001

Schutzschürzen – wiederverwendbar

Händedesinfektionsmittel

Flächendesinfektionsmittel

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege

Waschbare Unterlagen

Wählen Sie bitte diese Option, wenn Sie zusätzlich zu Ihrer Abena Box waschbare Bettunterlagen beantragen möchten.

falls, soweit keine Befreiung vorliegt.

benötigte Stückzahl

Pflegehilfsmittel z

onsnummer

saugende Bettschu

durch folgenden Leistungserbringer:

| Name und Anschrift | Institutionskennzeichen (sofern bekannt) |
|---|--|
| Abena GmbH, Lösnitz Mark 23, 06780 Zörbig | 331500438 |

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.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten für die Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Beihilfeerklärung habe erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir zu tragen. Eine Beihilfeerklärung habe ich erhalten.

Genehmigung

Dieser Bereich ist für die Pflegekasse, bitte hier nicht hinein schreiben.

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

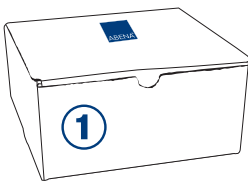

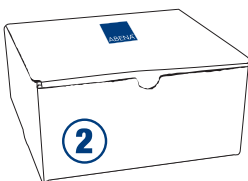

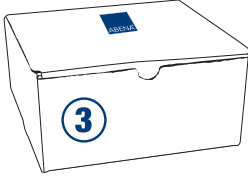
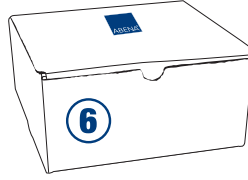
Boxenwahl

für den monatlichen Bedarf für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Abena Box) gem. §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

1. Versicherte/r

| | | |
|---------|----------|--------------|
| Vorname | Nachname | Geburtsdatum |
|---------|----------|--------------|

2. Boxenwahl

| | |
|---|---|
|  <p><input type="checkbox"/> Box 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Einweg-Bettschutz, 25 Stk. ■ Handschuhe, 100 Stk. ■ Händedesinfektion, 500 ml ■ Flächendesinfektion, 500 ml |  <p><input type="checkbox"/> Box 4</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Handschuhe, 100 Stk. ■ Händedesinfektion, 500 ml ■ Einweg-Schutzschürzen, 100 Stk. ■ Mundschutz, 50 Stk. |
|  <p><input type="checkbox"/> Box 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Einweg-Bettschutz, 50 Stk. ■ Handschuhe, 200 Stk. |  <p><input type="checkbox"/> Box 5</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Einweg-Bettschutz, 50 Stk. ■ Händedesinfektion, 500 ml ■ Flächendesinfektion, 500 ml |
|  <p><input type="checkbox"/> Box 3</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Handschuhe, 200 Stk. ■ Händedesinfektion, 500 ml ■ Flächendesinfektion, 500 ml |  <p><input type="checkbox"/> Box 6</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Einweg-Bettschutz, 50 Stk. ■ Handschuhe, 100 Stk. ■ Händedesinfektion, 500 ml |

Handschuhe bitte in folgender Grösse liefern:

XS
 S
 M
 L
 XL



Wiederverwendbare
 Bettschutzauflagen
 (Pflegegesetz §51)

3. Lieferoptionen

Eine regelmäßige Bestellung ist möglich. Bei jeder Lieferung erhalten Sie ein Bestellformular, welches Sie bitte zusammen mit der unterschriebenen Anlage 2 an uns zurücksenden. Sie haben die Möglichkeit bei jeder erneuten Bestellung eine andere Box zu wählen.

Ich möchte meine Abena Box direkt an meine Adresse geliefert bekommen

Hiermit erteile ich die Vollmacht zur Annahme meiner Lieferung an:

| | | |
|--------------------|----------|----------|
| Vorname | Nachname | Telefon |
| Strasse, Hausn. r. | | PLZ, Ort |

4. Zusätzliche Produkte (nicht erstattungsfähig)

Wir haben noch viele weitere Produkte in unserem Sortiment. Gerne möchten wir Sie darüber informieren.

JA, Bitte informieren Sie mich über weitere Produkte von Abena

- Inkontinenzprodukte
 Hautpflegeprodukte

E-mail Adresse

Strasse, Hausnr., PLZ, Ort

Datum und Unterschrift des/r Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigten

Boxenwahl

für den monatlichen Bedarf für zum Verkauf (Abena Box) gem. §78 Absatz 1
in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB X

1. Versicherte/r

Vorname Geburtsdatum

Box wählen
Wählen Sie hier bitte Ihre Abena Box. Weitere Infos über die Produkte in unseren Abena Boxen finden Sie in unserer Broschüre.

2. Boxenwahl

| | | | |
|--|---|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Box 1 <ul style="list-style-type: none"> Einweg-Bettschutz, 25 Stk. Handschuhe, 100 Stk. Händedesinfektion, 500 ml Flächendesinfektion, 500 ml | | <input type="checkbox"/> Box 4 <ul style="list-style-type: none"> Handschuhe, 100 Stk. Händedesinfektion, 500 ml Einweg-Schutzschürzen, 100 Stk. Mundschutz, 50 Stk. |
| | <input type="checkbox"/> Box 2 <ul style="list-style-type: none"> Einweg-Bettschutz, 50 Stk. Handschuhe, 200 Stk. | | <input type="checkbox"/> Box 5 <ul style="list-style-type: none"> Einweg-Bettschutz, 50 Stk. Händedesinfektion, 500 ml Flächendesinfektion, 500 ml |
| | <input type="checkbox"/> Box 3 <ul style="list-style-type: none"> Handschuhe, 200 Stk. Händedesinfektion, 500 ml Flächendesinfektion, 500 ml | | <input type="checkbox"/> Box 6 <ul style="list-style-type: none"> Einweg-Bettschutz, 50 Stk. Handschuhe, 100 Stk. Händedesinfektion, 500 ml |

Handschuhe bitte in folgender Grösse liefern:

XS
 S
 M
 L
 XL

Ihre Größe
Wenn Sie eine Abena Box mit Handschuhen ausgesucht haben, wählen Sie hier bitte Ihre Größe.

3. Lieferoptionen

Eine regelmäßige Bestellung ist möglich. Bei jeder Lieferung erhalten Sie ein Bestellformular, welches Sie bitte zusammen mit der unterschriebenen Anlage 2 an uns zurücksenden. Sie haben die Möglichkeit, Ihre Lieferung an eine andere Box zu wählen.

Ich möchte meine Abena Box direkt an meine Adresse
 Hiermit erteile ich die Vollmacht zur Annahme meiner

Vorname Nachname
Strasse, Hausnr.

Lieferung
Wählen Sie hier bitte, ob Ihre Abena Box direkt an Sie oder an eine bevollmächtigte Person/ Unternehmen geliefert werden soll.

4. Zusätzliche Produkte (nicht erstattungsfähig)

Wir haben noch viele weitere Produkte in unserem Sortiment. Sie können diese hier auswählen und bestellen.

JA, Bitte informieren Sie mich über weitere Produkte von Abena
 Inkontinenzprodukte
 Hautpflegeprodukte

E-mail Adresse
Strasse

Mehr Information
Sie möchten gerne mehr Informationen über Abenas umfangreiches Sortiment? Dann kreuzen Sie JA an, und wir werden auf Sie zukommen.

Datum und Unterschrift des/r Pflegebedürftigen bzw. Bevollmächtigten