

Name der / des Versicherten

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

☐ Frau ☐ Herr Vorname:

Nachname:

Versand-Adresse

An diese Adresse werden wir Ihre Pflegebox versenden

☐ Frau ☐ Herr Vorname:

Nachname:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Telefon:

E-Mail:

Wählen Sie Ihr Pflegehilfsmittel-Paket

Kreuzen Sie hier das gewünschte Pflegehilfsmittel-Paket an

☐ Paket 1

Einmalhandschuhe 100er Box
 Händedesinfektion 500 ml
 Flächendesinfektion 500 ml
 Mundschutz 50er Box
 Händedesinfektionstücher 10 Stück

☐ Paket 2

Einmalhandschuhe 100er Box
 Händedesinfektion 500 ml
 Flächendesinfektion 500 ml
 Inkontinenzunterlagen 100 Stück

☐ Paket 3

Einmalhandschuhe 100er Box
 Händedesinfektion 500 ml
 Flächendesinfektion 500 ml
 FFP 2 Masken 10 Stück

☐ Paket 4

Einmalhandschuhe 100 er Box
 Händedesinfektion 500 ml
 Flächendesinfektion 500 ml
 Einweg-Schutzschürzen 100 Stück
 Inkontinenzunterlagen 30 Stück

☐ Paket 5

Einmalhandschuhe 100er Box
 Händedesinfektion 500 ml
 Flächendesinfektion 500 ml
 Flächendesinfektionstücher 50er Box

Ich benötige die Einmalhandschuhe in folgender Größe:

☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL


Ich interessiere mich für zusätzliche Pflegehilfsmittel und Pflegeprodukte und möchte weitere Informationen erhalten. Und zwar:

☐ per Post ☐ per E-Mail ☐ per Telefon (bitte gewünschte Methode ankreuzen)

Mit dem Ankreuzen der obenstehenden Kästchen und mit meiner Unterschrift willige ich in die Verwendung meiner Daten zur Übersendung entsprechender Informationen per Post/ E-Mail und/oder Telefon (wie vorstehend ausgewählt) durch Medicalcorner24 ein. Ich kann diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen und der Verwendung meiner Daten zu Werbezwecken sowie der Markt- und Meinungsforschung zu widersprechen.

 Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Name der/des Versicherten

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen

☐ Frau ☐ Herr Vorname:

Nachname:

Straße/Nr.:

PLZ/Ort:

Geburtsdatum:

Pflegestufe: ☐ keine ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Telefon:

E-Mail:

Pflegekasse:

Versicherten-Nr.:

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. Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	☐	54.45.01.0001
Fingerlinge	☐	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	☐	54.99.01.1001
Mundschutz	☐	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	☐	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	☐	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	☐	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	☐	54.99.02.0002

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer**Name und Anschrift:**

Medicalcorner24
Michael Witgenfeld
Auguststr. 3
45739 Oer-Erkenschwick

Institutionskennzeichen:

IK 330557183

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.

Datum**Unterschrift der/des Versicherten****Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ PG 54
bis maximal des monatlichen
Höchstbetrages
nach § 40 Abs. 2 SGB XI | ☐ PG 54 Beihilfeberechtigung
bis maximal der Hälfte des
monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Abs. 2 SGB XI | ☐ PG 51 mit Zuzahlung
☐ PG 51 ohne Zuzahlung
☐ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
☐ PG51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter |
|--|--|---|

Datum

IK-Nr.: der Pflegekasse

Stempel, Unterschrift



Entgelt zahlt	Empfänger
1.000,-	1.000,-
2.000,-	2.000,-
3.000,-	3.000,-
4.000,-	4.000,-
5.000,-	5.000,-
6.000,-	6.000,-
7.000,-	7.000,-
8.000,-	8.000,-
9.000,-	9.000,-
10.000,-	10.000,-
11.000,-	11.000,-
12.000,-	12.000,-
13.000,-	13.000,-
14.000,-	14.000,-
15.000,-	15.000,-
16.000,-	16.000,-
17.000,-	17.000,-
18.000,-	18.000,-
19.000,-	19.000,-
20.000,-	20.000,-
21.000,-	21.000,-
22.000,-	22.000,-
23.000,-	23.000,-
24.000,-	24.000,-
25.000,-	25.000,-
26.000,-	26.000,-
27.000,-	27.000,-
28.000,-	28.000,-
29.000,-	29.000,-
30.000,-	30.000,-
31.000,-	31.000,-
32.000,-	32.000,-
33.000,-	33.000,-
34.000,-	34.000,-
35.000,-	35.000,-
36.000,-	36.000,-
37.000,-	37.000,-
38.000,-	38.000,-
39.000,-	39.000,-
40.000,-	40.000,-
41.000,-	41.000,-
42.000,-	42.000,-
43.000,-	43.000,-
44.000,-	44.000,-
45.000,-	45.000,-
46.000,-	46.000,-
47.000,-	47.000,-
48.000,-	48.000,-
49.000,-	49.000,-
50.000,-	50.000,-
51.000,-	51.000,-
52.000,-	52.000,-
53.000,-	53.000,-
54.000,-	54.000,-
55.000,-	55.000,-
56.000,-	56.000,-
57.000,-	57.000,-
58.000,-	58.000,-
59.000,-	59.000,-
60.000,-	60.000,-
61.000,-	61.000,-
62.000,-	62.000,-
63.000,-	63.000,-
64.000,-	64.000,-
65.000,-	65.000,-
66.000,-	66.000,-
67.000,-	67.000,-
68.000,-	68.000,-
69.000,-	69.000,-
70.000,-	70.000,-
71.000,-	71.000,-
72.000,-	72.000,-
73.000,-	73.000,-
74.000,-	74.000,-
75.000,-	75.000,-
76.000,-	76.000,-
77.000,-	77.000,-
78.000,-	78.000,-
79.000,-	79.000,-
80.000,-	80.000,-
81.000,-	81.000,-
82.000,-	82.000,-
83.000,-	83.000,-
84.000,-	84.000,-
85.000,-	85.000,-
86.000,-	86.000,-
87.000,-	87.000,-
88.000,-	88.000,-
89.000,-	89.000,-
90.000,-	90.000,-
91.000,-	91.000,-
92.000,-	92.000,-
93.000,-	93.000,-
94.000,-	94.000,-
95.000,-	95.000,-
96.000,-	96.000,-
97.000,-	97.000,-
98.000,-	98.000,-
99.000,-	99.000,-
100.000,-	100.000,-



Deutsche Post
WERBEANTWORT

Medicalcorner24
Michael Witgenfeld
Auguststraße 3
45739 Oer-Erkenschwick

Drucken Sie sich diese Seite aus und schneiden Sie den Vordruck einfach entlang der gestrichelten Linie aus. Anschließend kleben Sie den Vordruck auf einen gewöhnlichen Briefumschlag.

Wichtig: Vergewissern Sie sich noch einmal, dass beide Anträge - „Auswahl Pflegehilfsmittel-Paket“ sowie „Antrag zur Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel“ - vollständig und korrekt ausgefüllt und unterschrieben sind, bevor Sie diese im Briefumschlag verschließen.

2

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegeheim
 Verringert die Vergütung des Versicherten um das Vergütungsbestimmende Pflegeheimentgelt gemäß § 53a SGB V, in Verbindung mit Art. 68 SGB V



Name/des Versicherten

Bitte in Großbuchstaben auflisten

☐ Frau	☐ Herr	Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:		☐ M	☐ F
Geburtsort:		☐ PLZ/Dist.	☐ St.
Maiden:		☐ E-Mail:	
Pflegeplan:		Versicherten Nr.:	

☐ Ich bestätige die Richtigkeit
☐ des Textes (bestätigt)
 § 4 Abs. 5 SGB V (S. 6)
 § 53a SGB V (Nachbestimmung)

Ich bestätige meine Pflege

empfehlen (bestimmte) die

Einrichtungen:

Sachverständigen, Einzelberatung

Einrichtungen, ambulante

Einrichtungen, stationäre

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

Einrichtungen

1

Auswahl Pflegehilfsmittel-Paket

Wählen Sie aus unseren meist verschriebenen Paketen das passende aus



Name der/des Versicherten

Bitte in Großbuchstaben auflisten

☐ Frau	☐ Herr	Vorname:	Nachname:
-------------------------------	-------------------------------	----------	-----------

Versand-Adresse

An diese Adresse werden wir Ihre Pflegeplan versenden

☐ Frau	☐ Herr	Vorname:	Nachname:
Geburtsdatum:		☐ M	☐ F
Geburtsort:		☐ PLZ/Dist.	☐ St.
Maiden:		☐ E-Mail:	

Wählen Sie Ihr Pflegehilfsmittel-Paket

Klicken Sie für das gewünschte Pflegehilfsmittel-Paket an

☐ Paket 1

Reinigungsstation (100 ml)
 Handdesinfektionsmittel (100 ml)
 Desinfektionsmittel (100 ml)
 Desinfektionsmittel (100 ml)
 Desinfektionsmittel (100 ml)

☐ Paket 2

Reinigungsstation (100 ml)
 Handdesinfektionsmittel (100 ml)
 Desinfektionsmittel (100 ml)
 Desinfektionsmittel (100 ml)
 Desinfektionsmittel (100 ml)

☐ Paket 3

Reinigungsstation (100 ml)
 Handdesinfektionsmittel (100 ml)
 Desinfektionsmittel (100 ml)
 Desinfektionsmittel (100 ml)
 Desinfektionsmittel (100 ml)

☐ Paket 4

Reinigungsstation (100 ml)
 Handdesinfektionsmittel (100 ml)
 Desinfektionsmittel (100 ml)
 Desinfektionsmittel (100 ml)
 Desinfektionsmittel (100 ml)

☐ Paket 5

Reinigungsstation (100 ml)
 Handdesinfektionsmittel (100 ml)
 Desinfektionsmittel (100 ml)
 Desinfektionsmittel (100 ml)
 Desinfektionsmittel (100 ml)

Ich bestätige die Einreichung des in folgender Größe:

☐ S	☐ M	☐ L
----------------------------	----------------------------	----------------------------





Entgelt zahlt Empfänger

Deutsche Post 
VERSANDSTÄRKE

Medicalcorner24
Michael Witgenfeld
Auguststraße 3
45739 Oer-Erkenschwick