

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 Kontaktdaten 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/bei Beihilfe
 hinausgehende Kosten werden

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

<input type="checkbox"/>	saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch
<input type="checkbox"/>	Fingerlinge
<input type="checkbox"/>	Einmalhandschuhe
<input type="checkbox"/>	Mundschutz
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen – Einmalgebrauch
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen – wiederverwendbar
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel

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

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zu beantragende
	saugende Bettschutzeinlagen

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 Beihilfe erhalten habe. Kosten für evtl. darüber hinausgehende Leistungen sind von mir zu tragen. Für diese Erklärung 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



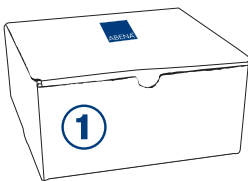

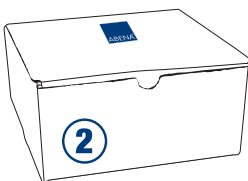

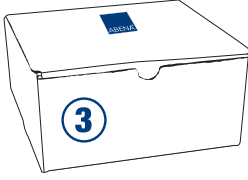
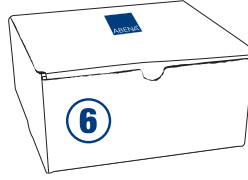
Boxenwahl

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
Bett Schutzauflagen
(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, Hausnr.		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 Ver... (a Box) gem. §78 Absatz 1
in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

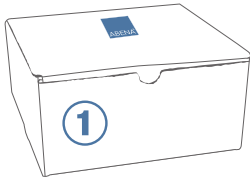
1. Versicherte/r

Vorname

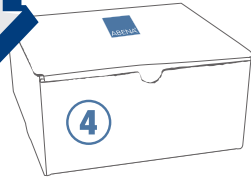
Geburtsdatum

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

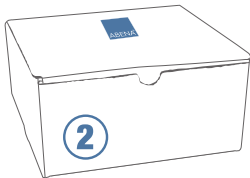
2. Boxenwahl



- Box 1**
- Einweg-Bettschutz, 25 Stk.
 - Handschuhe, 100 Stk.
 - Händedesinfektion, 500 ml
 - Flächendesinfektion, 500 ml



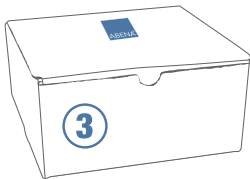
- Box 4**
- Handschuhe, 100 Stk.
 - Händedesinfektion, 500 ml
 - Einweg-Schutzschürzen, 100 Stk.
 - Mundschutz, 50 Stk.



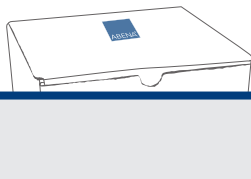
- Box 2**
- Einweg-Bettschutz, 50 Stk.
 - Handschuhe, 200 Stk.



- Box 5**
- Einweg-Bettschutz, 50 Stk.
 - Händedesinfektion, 500 ml
 - Flächendesinfektion, 500 ml



- Box 3**
- Handschuhe, 200 Stk.
 - Händedesinfektion, 500 ml
 - Flächendesinfektion, 500 ml



- Box 6**
- 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 Abena Box zu wählen.

- Ich möchte meine Abena Box direkt an meine Adresse geliefert werden.
- Hiermit erteile ich die Vollmacht zur Annahme meiner Abena Box an eine bevollmächtigte Person/Unternehmen.

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 erstattet)

Wir haben noch viele weitere Produkte in unserem Sortiment.

- JA**, Bitte informieren Sie mich über weitere Produkte von Abena

E-mail Adresse

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