

ABENA Pflegehilfsmittel

Kostenfreie Pflegehilfsmittel im
Wert von 40 €/Monat



Ihr Anspruch auf die kostenfreien Pflegehilfsmittel:

Wenn Sie folgende Kriterien erfüllen, dann haben Sie Anspruch auf kostenfreie Pflegehilfsmittel im Wert **von monatlich bis zu 40 Euro**. Dies ist Ihr gutes Recht und ist im SGB (Sozialgesetzbuch) XI §40 Absatz 2 und §78 Absatz 1 beschrieben.

- ✓ Sie haben einen anerkannten Pflegegrad (Grad 1-5)
- ✓ Sie wohnen in einem häuslichen Umfeld (z.B. zu Hause, Wohngemeinschaft, betreutes Wohnen)
- ✓ Sie werden durch eine private Person (z.B. Familienangehörige oder eine Pflegeperson) gepflegt

Pflegehilfsmittel mit hoher Qualität für den täglichen Gebrauch



Handschuhe

Hochwertige Handschuhe, für jeden Pflegebedarf geeignet, zum Schutz vor Nässe und Infektionen.



Einweg-Schutzschürze

Flüssigkeitsabweisender Schutz aus bequemem Material.



Händedesinfektion

Desinfektion zum Schutz der Hände vor Bakterien, Fungiziden und Viren.



Einweg-Bettschutz

Vielseitig einsetzbar als saugstarker Einwegschutz für den zu Pflegenden vor Nässe und Verschmutzungen.



Mundschutz

Schützt vor Keimen und Infektionen und bietet einfache Handhabung durch elastische Ohrschlaufen.



Flächendesinfektion

Ideal als gebrauchsfertige Schnelldesinfektion mit Sprühkopf oder als getränktes gebrauchsfertiges Tuch für Oberflächen und Geräte.

Zusätzlich
zu den
40€

Unser Tipp: Waschbare Bettschutzauflegew

Unsere wiederverwendbare Bettschutzauflege kann bis zu 300 mal bei 95°C gewaschen werden und bietet einen hervorragenden Komfort. Durch eine hohe Saugstärke schützt sie Ihr Bett zuverlässig vor Nässe (85x90cm) – praktisch und umweltschonend. Die waschbaren Bettschutzeinlagen müssen gesondert beantragt werden. Wählen Sie dafür die entsprechende Option im Formular aus und erhalten Sie diese ebenfalls kostenlos*

*Waschbare Bettunterlagen müssen gesondert beantragt werden und unterliegen einer erweiterten Untersuchung durch die Pflegekasse, welche über den Umfang der Genehmigung entscheidet.

Entdecken Sie auch unser Sortiment zur Körperpflege.

Ob Sie mit oder ohne Wasser waschen, normale Haut oder solche mit „Risiken“ wie z.B. IAD („Windeldermatitis“) behandeln möchten, in unserem Sortiment finden Sie die passenden pH-hautneutralen Produkte, frei von Duftstoffen und Parabenen.

www.abena.de/shop



Waschen ohne Wasser –
No Rinse Produkte



Traditionelles Waschen
mit Wasser



Spezialpflege – für
besondere Anforderungen



Allround-Produkte für
die tägliche Hautpflege

Rückversand –
für sie kostenlos!



So einfach erhalten Sie die kostenfreien Pflegehilfsmittel:

- 1 Füllen Sie das vorausgefüllte Formular fertig aus.
- 2 Senden Sie uns alle Formularseiten unterschrieben zurück. Portofrei per Post (benutzen Sie dazu unseren Freimachungsvermerk) oder per E-Mail an: pflegehilfsmittel@abena.de
- 3 **Fertig.** Wir von ABENA kontaktieren Ihre Pflegekasse und beantragen die Kostenübernahme für Sie.
- 4 Nach der Genehmigung durch die Pflegekasse bekommen Sie Ihre ABENA Pflegehilfsmittel kostenfrei direkt nach Hause geliefert.



Porto
zahlt
Empfänger

Deutsche Post 
ANTWORT

ABENA GmbH
Lösnitz Mark 23
06780 Zörbig

- 1 Entlang der vorgegebenen Linie ausschneiden.
- 2 Den Ausschnitt auf einen Briefumschlag kleben.
- 3 Alle Formulare unterschrieben in den Umschlag stecken.
- 4 Briefumschlag nur noch in den Briefkasten werfen.
Wir übernehmen das Porto für Sie!

Alternativ per E-Mail: Fotografieren Sie die ausgefüllten und unterschriebenen Formulare lesbar ab und senden sie diese per E-Mail an: pflegehilfsmittel@abena.de

Sie haben noch Fragen?
Wir beraten Sie gern!

Telefon: +49 34 956 354-0
Fax: +49 34 956 354-709
E-mail: pflegehilfsmittel@abena.de
www.abena.de/abena-pflegehilfsmittel

Antrag auf Kostenübernahme*

für zum Verbrauch bestimmte
Pflegehilfsmittel



Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Telefon/Ansprechpartner: _____ Versicherten Nr.: _____

Straße, Hausnummer: _____ Krankenkasse: _____

PLZ, Wohnort: _____ E-Mail: _____

Pflegegrad: **1 2 3 4 5** Pflegegrad/-stufe seit: Monat _____ Jahr _____ Person ist beihilfeberechtigt: **ja**

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

PG54 - Antrag auf Kostenübernahme:

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

Bezeichnung	Positionsnummer	Bedarf
Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001	
Schutzservietten (Einmalgebrauch)	54.99.01.4001	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	
Desinfektionstücher	54.99.02.000x	

PG51 - Antrag auf Kostenübernahme:

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Positionsnummer	Bedarf/jährlich
Bettschutzeinlagen (saugend, wiederverwendbar)	51.40.01.4 XXXX	1 2 3 4

Durch folgenden Leistungserbringer:

Abena GmbH, Lösnitz Mark 23, 06780 Zörbig
Institutionskennzeichen: **331500438**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) 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.

X _____

Datum und Unterschrift der/des Versicherten*

Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift:

- PG 54** bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI
- PG 54** Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI
- PG 51** mit Zuzahlung
- PG 51** ohne Zuzahlung
- PG 51** mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- PG 51** ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

Datum und Unterschrift der Pflegekasse

*Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

Bestellformular

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln
gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung
mit § 40 Absatz 2 SGB XI



Versicherter

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Straße, Hausnummer: _____ Versicherten Nr.: _____

PLZ, Wohnort: _____ Krankenkasse: _____

Angehörige/r (bzw. private Pflegeperson zu Kontaktzwecken im Rahmen der Leistungserbringung)

Name, Vorname: _____ Telefon: _____

E-Mail: _____

Lieferadresse (falls abweichend)

Name, Vorname: _____ PLZ, Wohnort: _____

Straße, Hausnummer: _____

Benötigte Pflegehilfsmittel (monatlich wechselbar, gewünschte Menge angeben - Wir stellen Ihnen anhand des Bedarfs den Inhalt im Rahmen der Pauschale zusammen und halten ggf. Rücksprache)

Bezeichnung	Positionsnummer	Bedarf
Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001	
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001	
Schutzservietten (Einmalgebrauch)	54.99.01.4001	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	
Desinfektionstücher	54.99.02.000x	

Zusatzbestellung

Bezeichnung	Positionsnummer	Bedarf
Bettschutzeinlagen (saugend, wiederverwendbar)	51.40.01.4 XXXX	

Bauftragung / AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit beauftrage ich die Abena GmbH mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung (Privatversicherte erhalten eine Rechnung). Ich trete als Antragssteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber meiner Pflegekasse an die Abena GmbH ab. Sofern ich Einwilligungen und Erklärungen für einen Dritten abgebe, z.B. für eine pflegebedürftige Person, versichere ich, dass mich die Dritte Person zur Abgabe der Einwilligungserklärung bevollmächtigt hat und kann der Abena GmbH diese Vollmacht jederzeit vorlegen.

Ich stimme zu, dass Abena GmbH meine personen- und gesundheitsbezogenen (z.B. Angaben zum Pflegegrad) Informationen, v.a. Kontaktinfos/Versichertenstatus, für die Bearbeitung des Antrages (zum Erhalt der Pflegehilfsmittel), Belieferung und spätere Betreuung sowie für eine Kontaktaufnahme in diesem Zusammenhang via E-Mail und Telefon verarbeitet. Außerdem stimme ich zu, dass für die Abwicklung (Entscheidung über Antrag, Abrechnung, etc.) die hierfür erforderlichen Daten ggf. an die jeweilige Pflegekasse sowie ggf. an den jeweiligen Pflegedienst übermittelt werden.

Hinweis: Die Zustimmung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an pflegehilfsmittel@abena.de widerrufen werden. Im Falle eines Widerrufs können wir Ihnen gegenüber die entsprechenden Serviceleistungen nicht mehr erbringen. Weitere Informationen zum Datenschutz finden Sie hier: <https://www.abena.de/datenschutz>. Die mit der Unterschrift getätigte Zustimmung erstreckt sich ebenfalls auf die im Rahmen des „Antrags auf Kostenübernahme“ – siehe vorherige Seite – verarbeiteten Daten.

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)