

<input type="checkbox"/> SaniBox® 1 25 Bettschutzeinlagen 200 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> SaniBox® 2 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 50 Mundschutz 100 Schutzschürzen	<input type="checkbox"/> SaniBox® 3 25 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 50 Mundschutz
<input type="checkbox"/> SaniBox® 4 75 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/> SaniBox® 5 300 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> SaniBox® 6 50 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion

Ich wünsche die Einmalhandschuhe in Größe S M L XL

Name des Pflegebedürftigen (Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Versichertennummer: _____ Pflegekasse: _____
 Frau Herr Vorname: _____ Name: _____
 Versicherte(r) ist: gesetzlich pflegeversichert privat pflegeversichert beihilfeberechtigt
 Versicherte(r) bezieht: Pflegesachleistung §36 SGB XI (Pflege nur durch ambulanten Pflegedienst)
 Pflegegeld §37 SGB XI (Pflege durch Angehörige oder andere Privatpersonen)
 Kombinationsleistung § 38 SGB XI (Pflege durch Privatpersonen und Pflegedienst)
 Leistungsbeginn der Pflegekasse bzw. Bewilligung des Pflegegrades erfolgte im Monat: _____ Jahr: _____

Angehörige(r) oder private Pflegeperson (Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen)

Frau Herr Vorname: _____ Name: _____
 Straße, Hausnr.: _____ Telefon: _____
 PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____
 Pflegeperson ist: Ehe-/ Lebenspartner (Schwieger-)Tochter/Sohn Mutter/Vater Freund(in)/Bekannte(r)
 Betreuer(in) Pflegeperson ist als Betreuer gerichtlich bevollmächtigt: ja nein

Pflegedienst

(Bitte nennen Sie den betreuenden Pflegedienst)

Name des Pflegedienstes: _____
 Straße, Hausnr.: _____
 PLZ/Ort: _____

Empfehlung durch

(Name, Adresse des Kooperationspartners)

Lieferung/Lieferadresse

Die monatliche Lieferung erfolgt an: die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n) Angehöriger/private Pflegeperson den Pflegedienst

Ich habe Interesse an zusätzlichen Pflegehilfsmitteln oder Produkten für meine Pflege und möchte entsprechende Informationen und Angebote erhalten
 per Post per E-Mail per Telefon

Ich willige ein, dass die ADVP SaniDepot GmbH die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten personen- und gesundheitsbezogenen Daten gemäß den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhebt, speichert, verarbeitet und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, zur Durchführung oder Beendigung dieses Vertrags und – wenn gewünscht – zu Beratungs- und Informationszwecken (Werbung) erforderlich ist.

Ich kann bei der ADVP SaniDepot GmbH Auskunft über meine gespeicherten personen- und gesundheitsbezogenen Daten erhalten und jederzeit deren Berichtigung, Sperrung oder Löschung verlangen. Ich kann außerdem jederzeit ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung in die Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung widerrufen. Die vertraglichen Beziehungen bleiben durch den Widerruf unberührt.

Ich bin einverstanden nicht einverstanden

_____ X _____
 (Ort/Datum) (Unterschrift)

Antrag auf Kostenübernahme

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen (Bitte in Druckschrift ausfüllen)

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße, Nr.:		Geburtsdatum:	
PLZ/Ort:		Pflegekasse:	
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		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. 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 eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

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

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen
ADVP SaniDepot GmbH/SaniBox, Lindenallee 6, 26122 Oldenburg	IK 330300478

Ich beauftrage die ADVP SaniDepot GmbH mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die ADVP SaniDepot GmbH, mit Eingang meines Antrags, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie – sofern vorhanden – meinen bisherigen Lieferanten. Ich bestätige, dass die beantragten Pflegehilfsmittel zur Erleichterung meiner Pflege dienen, ausschließlich für meine private Pflege verwendet werden, und dass meine Alltagskompetenz dauerhaft erheblich eingeschränkt ist. Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen.

Ich habe eingewilligt, dass die ADVP SaniDepot GmbH die von mir mitgeteilten personen- und gesundheitsbezogenen Daten gemäß den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhebt, speichert, verarbeitet und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, zur Durchführung oder Beendigung dieses Vertrags erforderlich ist. Ich kann bei der ADVP SaniDepot GmbH Auskunft über meine gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten und jederzeit deren Berichtigung, Sperrung oder Löschung verlangen.

_____	X
(Ort/Datum)	(Unterschrift)

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

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse)

(Stempel und Unterschrift)



SaniBox[®]
Ihr Versorgungsservice für die Pflege



Ausfüllhilfe Antrag

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel (Seite 1/2)

Gewünschte SaniBox[®] bitte auswählen.

Größe der Einmalhandschuhe auswählen.

Angaben zum Pflegebedürftigen.

Angaben zum pflegenden Angehörigen (z. B. Ehepartner, Kinder, Nachbar etc.).

Name und Adresse des betreuenden Pflegedienstes. (wenn vorhanden)

Bitte Unterschrift nicht vergessen.

Angaben zur Art der Versicherungsleistung durch die Pflegekasse.

Zeitpunkt der Bewilligung des Pflegegrades.

Existiert eine gesetzlich bevollmächtigte Betreuung, bitte „ja“ ankreuzen.

Daten eines weiteren Kooperationspartners. (wenn vorhanden)

Gewünschte Lieferadresse bitte angeben.



ADVP
SaniDepot GmbH

Haarerufer 3
26122 Oldenburg
Tel.: (0441) 361 482 30
Fax: (0441) 361 482 31
Mail: info@advp-sanidepot.de

1



SaniBox[®]
Ihr Versorgungsservice für die Pflege

<input type="checkbox"/> SaniBox[®] 25 Bettstutzeinlagen 200 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> SaniBox[®] 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 50 Mundschutz 100 Schutzhürzen	<input type="checkbox"/> SaniBox[®] 25 Bettstutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 50 Mundschutz
<input type="checkbox"/> SaniBox[®] 75 Bettstutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/> SaniBox[®] 300 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> SaniBox[®] 50 Bettstutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion

Ich wünsche die Einmalhandschuhe in Größe S M L XL

Name des Pflegebedürftigen (Bitte in Druckschrift ausfüllen)

Versichertennummer: _____ Pflegekasse: _____
 Frau Herr Vorname: _____ Name: _____
 Versicherte(r) ist: gesetzlich pflegeversichert privat pflegeversichert beihilfeberechtigt
 Versicherte(r) bezieht: Pflegesachleistung §36 SGB XI (Pflege nur durch ambulanten Pflegedienst)
 Pflegegeld §37 SGB XI (Pflege durch Angehörige oder andere Privatpersonen)
 Kombinationsleistung § 38 SGB XI (Pflege durch Privatpersonen und Pflegedienst)
 Leistungsbeginn der Pflegekasse bzw. Bewilligung des Pflegegrades erfolgte im Monat: _____ Jahr: _____

Angehörige(r) oder private Pflegeperson (Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen)

Frau Herr Vorname: _____ Name: _____
 Straße, Hausnr.: _____ Telefon: _____
 PLZ/Ort: _____ E-Mail: _____
 Pflegeperson ist: Ehe-/ Lebenspartner (Schwieger-)Tochter/Sohn Mutter/Vater Freund(in)/Bekannte(r)
 Betreuer(in) Pflegeperson ist als Betreuer gerichtlich bevollmächtigt: ja nein

Pflegedienst
(Bitte nennen Sie den betreuenden Pflegedienst)

Name des Pflegedienstes: _____
 Straße, Hausnr.: _____
 PLZ/Ort: _____

Empfehlung durch
(Name, Adresse des Kooperationspartners)

Lieferung/Lieferadresse

Die monatliche Lieferung erfolgt an: die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n) Angehöriger/private Pflegeperson den Pflegedienst

Ich habe Interesse an zusätzlichen Pflegehilfsmitteln oder Produkten für meine Pflege und möchte entsprechende Informationen und Angebote erhalten
 per Post per E-Mail per Telefon
 Ich willige ein, dass die ADVP SaniDepot GmbH die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten personen- und gesundheitsbezogenen Daten gemäß den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhebt, speichert, verarbeitet und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, zur Durchführung oder Beendigung dieses Vertrags und – wenn gewünscht – zu Beratungs- und Informationszwecken (Werbung) erforderlich ist.
 Ich kann bei der ADVP SaniDepot GmbH Auskunft über meine gespeicherten personen- und gesundheitsbezogenen Daten erhalten und jederzeit deren Berichtigung, Sperrung oder Löschung verlangen. Ich kann außerdem jederzeit ohne Angabe von Gründen meine Einwilligung in die Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten für Zwecke der Werbung oder der Markt- und Meinungsforschung widerrufen. Die vertraglichen Beziehungen bleiben durch den Widerruf unberührt.
 Ich bin einverstanden nicht einverstanden
 _____ X _____
 (Ort/Datum) (Unterschrift)

Antrag auf Kostenübernahme durch die Pflegekasse unbedingt ausfüllen. ▶



Ausfüllhilfe Antrag

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel (Seite 2/2)

2

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



Antrag auf Kostenübernahme

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen (Bitte in Druckschrift ausfüllen)

<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße, Nr.:		Geburtsdatum:	
PLZ/Ort:		Pflegekasse:	
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		Versicherten-Nr.:	

Angaben zum Pflegebedürftigen.

Bitte unbedingt Angaben zu Pflegekasse und Versichertennummer machen.

Ich beantrage die Kostenübernahme für: zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilferechtigung 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

Zusätzlich können auch Bettschutzeinlagen zur Wiederverwendung beantragt werden.

Auswahl von mind. allen Produkten der gewünschten SaniBox[®].

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

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

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen
ADVP SaniDepot GmbH/SaniBox, Lindenallee 6, 26122 Oldenburg	IK 330300478

Ich beauftrage die ADVP SaniDepot GmbH mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die ADVP SaniDepot GmbH, mit Eingang meines Antrags, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie - sofern vorhanden - meinen bisherigen Lieferanten. Ich bestätige, dass die beantragten Pflegehilfsmittel zur Erleichterung meiner Pflege dienen, ausschließlich für meine private Pflege verwendet werden, und dass meine Alltagskompetenz dauerhaft erheblich eingeschränkt ist. Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen.

Ich habe eingewilligt, dass die ADVP SaniDepot GmbH die von mir mitgeteilten personen- und gesundheitsbezogenen Daten gemäß den geltenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhebt, speichert, verarbeitet und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, zur Durchführung oder Beendigung dieses Vertrags erforderlich ist. Ich kann bei der ADVP SaniDepot GmbH Auskunft über meine gespeicherten personenbezogenen Daten erhalten und jederzeit deren Berichtigung, Sperrung oder Löschung verlangen.

Bitte Unterschrift nicht vergessen.

_____ (Ort/Datum)	 (Unterschrift)
----------------------	--------------------

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

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

PG 54 Beihilferechtigung
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/Beihilferechtigt
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilferechtigt

Bitte nicht beschriften. Wird von der Pflegekasse ausgefüllt.

(Datum)

(IK der Pflegekasse)

(Stempel und Unterschrift)