

Auswahl der SaniBox[®]

<input type="checkbox"/> SaniBox[®] 1 25 Bettschutzeinlagen 100 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 50 Mundschutz
<input type="checkbox"/> SaniBox[®] 4 75 Bettschutzeinlagen 100 Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/> SaniBox[®] 5 100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 50 Mundschutz	<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:
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:
	Name:
Versicherte(r) ist:	<input type="checkbox"/> gesetzlich pflegeversichert <input type="checkbox"/> privat pflegeversichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt
Versicherte(r) bezieht:	<input type="checkbox"/> Pflegesachleistung §36 SGB XI (Pflege nur durch ambulanten Pflegedienst) <input type="checkbox"/> Pflegegeld §37 SGB XI (Pflege durch Angehörige oder andere Privatpersonen) <input type="checkbox"/> 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)

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

 (Ort/Datum)

X

 (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 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

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.

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

Sind Sie von der gesetzlichen Zuzahlung der gesetzlichen Krankenkasse befreit? Ja (Befreiungsnachweis liegt bei) Nein

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen
SaniDepot GmbH/SaniBox, An den Voßbergen 94, 26133 Oldenburg	IK 330300478

Ich beauftrage die SaniDepot GmbH mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die 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 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 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 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/Beihilferechtiger

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilferechtiger

(Datum)

(IK der Pflegekasse)

(Stempel und Unterschrift)