

PFLEGE ZU HAUSE

Anspruch auf Pflegehilfsmittel – kostenfreie Lieferung nach Hause!

Sie haben unter bestimmten Voraussetzungen (Pflegegrad liegt vor) einen gesetzlich geregelten Anspruch auf Pflegehilfsmitteln, die zur täglichen Versorgung eines Pflegebedürftigen zu Hause erforderlich sind.

Im Rahmen dieser Regelung können Sie monatlich Pflegehilfsmittel im Wert von bis zu € 40,00 kostenlos beziehen. Als zusätzlichen Service bieten wir Ihnen die Möglichkeit, sich bezüglich der Pflegehilfsmittel telefonisch beraten und sich diese dann kostenlos nach Hause schicken zu lassen.

Folgende Hilfsmittel können Sie sich liefern lassen: Einmalhandschuhe, Medizinische Masken, saugende Bettschutzeinlagen, Händedesinfektionsmittel, Flächendesinfektionsmittel und Schutzschürzen.

Was müssen Sie tun, damit wir Ihnen die Pflegehilfsmittel nach Hause schicken können?

1. Tragen Sie auf dem **Bestellformular / Antrag Kostenübernahme** Ihre persönlichen Daten und das Datum ein. Unterschreiben Sie abschließend das Formular.
2. Kreuzen Sie auf dem **Bestellformular / Antrag Kostenübernahme** an, welche Pflegehilfsmittel Sie zur kostenlosen Lieferung bestellen wollen.
3. Schicken Sie das Formular im beigelegten Rückantwortbriefumschlag portofrei an uns zurück – unsere Adresse ist dort bereits aufgedruckt.

Artikel-Nr.	Bezeichnung	Preis	Bestellmenge	Preis	Bestellmenge
1000000000000000	Einmalhandschuhe	1,50	100	150,00	100
1000000000000000	Medizinische Masken	0,50	100	50,00	100
1000000000000000	Saugende Bettschutzeinlagen	1,00	100	100,00	100
1000000000000000	Händedesinfektionsmittel	0,50	100	50,00	100
1000000000000000	Flächendesinfektionsmittel	0,50	100	50,00	100
1000000000000000	Schutzschürzen	0,50	100	50,00	100

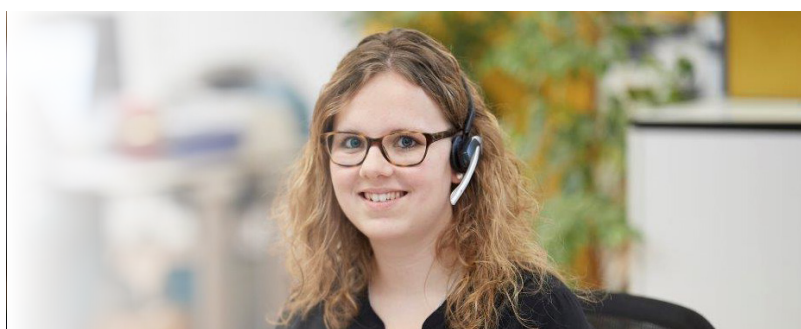


Bestellformular /
Antrag Kostenübernahme

**Sie haben noch Fragen?
Wir sind persönlich für Sie da!**

**Montag – Freitag
08.00 – 12.00 Uhr
13.00 – 16.30 Uhr**

Hotline: 07071 4104-777



- Handwerker-Park 25
72070 Tübingen
- Tel. 07071 4104-777
- Fax 07071 4104-680
- IK-Nr. 330840108



Bestellformular / Antrag Kostenübernahme

Versicherte(r)/Pflegebedürftige(r)

Herr Frau

Vorname

Name

Telefon

Straße/Nr.

PLZ/Wohnort

Geb.-Datum

Pflegekasse

Versicherten-Nr.

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Ansprechpartner / Angehörige(r) / Betreuer(in)

Herr Frau

Vorname

Name

Telefon

gesetzlich bevollmächtigt: ja nein

Lieferadresse:

Vorname/Name

Straße/Nr.

PLZ/Wohnort

- Automatische Lieferung monatlich Automatische Lieferung alle Monate Lieferung auf Bestellung

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal 40,00 € monatlich (bei Beihilfeberechtigung - bis maximal 20,00 € monatlich), wie nachfolgend ausgefüllt.
Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Artikel (PG 54)	Mengen- einheit	benötigt werden		€	benötigt werden		Genehmigt bis
		Ja	Nein		Ja	Nein	
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	25 Stück			ca. 15 €			
Einmalhandschuhe Größe: S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/>	100 Stück			ca. 9 €			
Mundschutz	50 Stück			ca. 10 €			
FFP 2 Masken	5 Stück			ca. 8 €			
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	100 Stück			ca. 12 €			
Händedesinfektionsmittel	500 ml			ca. 9 €			
Flächendesinfektionsmittel	500 ml			ca. 8 €			



Ich beantrage die Kostenübernahme für:

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

Artikel (PG 51)	Mengen- einheit	benötigt werden		Anzahl/Einheit max. 2 im Jahr	benötigt werden		Genehmigt bis
		Ja	Nein		Ja	Nein	
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)	Stück						

Ich beauftrage Orthopädie Brillinger GmbH & Co. KG mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die beantragten Pflegehilfsmittel ausnahmslos für meine ambulante private Pflege verwendet und dauerhaft benötigt werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Orthopädie Brillinger GmbH & Co. KG umgehend mitteilen. Meine Daten dürfen von Orthopädie Brillinger GmbH & Co. KG zum Zweck der Leistungserbringung genutzt werden.

X
Datum

X
Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung |
Datum |
| <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter | |
| <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter | |
| <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung | |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 40,00 € monatlich |
IK-Nr. der Pflegekasse/ Stempel/Unterschrift |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis zu 20,00 € monatlich | |