

**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, 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 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 Größe: _____	<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.**

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

- durch folgenden Leistungserbringer:**

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
MEDI-MARKT Homecare GmbH, Dynamostraße 3, 68165 Mannheim	330 823 185

**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.**

\_\_\_\_\_

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten)

**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)

# Bestellkarte **MEDI-MARKT**



## **SEGUNA Händedesinfektion**

Hygiene durch keimvermindernde Wirkung. Tötet bzw. reduziert Krankheitserreger wie Bakterien, Viren und Pilze auf den Händen. Zum Schutz vor Ansteckungen und Infektionen. Wirkungsvoller als Händewaschen. Sehr gut hautverträglich.



## **SEGUNA Flächendesinfektion**

Hygiene durch keimvermindernde Wirkung. Tötet bzw. reduziert Krankheitserreger wie Bakterien, Viren und Pilze auf Flächen wie z.B. Nachttischen, Toiletten, Türgriffen, Fernbedienungen usw.



## **SEGUNA Vinyl-Handschuhe\***

Hygiene und Schutz vor Infektionen und Körperausscheidungen z. B. beim Wechseln von Inkontinenzprodukten oder Waschen und Umlagern des zu Pflegenden.



## **SEGUNA Mundschutz\***

Als Schutz und zur Vorbeugung bei gesundheitlichen Gefährdungen. Verhindert die Übertragung von Krankheitserregern durch Sekret-Tröpfchen.

## **SEGUNA Einmalschürzen\***

Zum eigenen Schutz und hygienischen Umgang mit dem Pflegebedürftigen z. B. beim Wechseln von Inkontinenzprodukten und Waschen des zu Pflegenden.



## **SEGUNA Schutzunterlagen\***

Zum Schutz gegen Feuchtigkeit und Verunreinigungen von Liege- und Sitzflächen bei der täglichen Körperpflege im Bett z. B. bei Inkontinenz und dem Einsatz von Bettpfannen oder Urinflaschen.

## **Fingerlinge\***

Schutzüberzüge für einzelne Finger zur Versorgung, wenn nicht die ganze Hand geschützt werden muss, z. B. bei der Darmhygiene.

*\*Produkte nach einmaligem Gebrauch bitte sofort entsorgen!*

**Ich möchte folgendes Pflegepaket bestellen:**

Unsere <b>MEDI-PAKETE</b> Bitte ankreuzen:	<b>Paket A</b>	<b>Paket B</b>	<b>Paket C</b>	<b>Paket D</b>	<b>Paket E</b>	<b>Paket F</b>	<b>Wunsch-Paket</b>
Schutzunterlagen	1 x 30 Stk.	1 x 50 Stk.	1 x 60 Stk.	–	1 x 30 Stk.	–	Gerne stellen wir mit Ihnen ein auf Ihre Bedürfnisse abgestimmtes Paket zusammen.
Vinyl-Handschuhe in S <input type="checkbox"/> , M <input type="checkbox"/> , L <input type="checkbox"/> , XL <input type="checkbox"/>	2 x 100 Stk.	1 x 100 Stk.	2 x 100 Stk.	2 x 100 Stk.	2 x 100 Stk.	1 x 100 Stk.	
Händedesinfektion	1 x 500 ml	–	–	2 x 500 ml	–	1 x 500 ml	
Flächendesinfektion	1 x 500 ml	2 x 500 ml	–	1 x 500 ml	–	1 x 500 ml	
Einmalschürzen	–	–	–	–	1 x 100 Stk.	1 x 100 Stk.	
Mundschutz	–	–	–	–	–	1 x 50 Stk.	
Fingerlinge	–	–	–	–	–	–	

1  2  3  4  5

**Die versicherte Person hat folgenden Pflegegrad:**



Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich meine zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel in Zukunft über die Firma **MEDI-MARKT** beziehe und nicht zeitgleich einen anderen Leistungserbringer in Anspruch nehme.

Kundennummer \_\_\_\_\_ Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

