

© Pflegedirekt GmbH & Co. KG, Bahnhofstr. 63, 71229 Leonberg, Tel.: 07152/338 99 44, Fax: 07152/338 99 200  
E-Mail: paket@pflegedirekt.de, Internet: www.pflegedirekt.de, St.-Nr.: 70051/08981, IK-Nr.: 460817212

In Zusammenarbeit mit .....

**Formular 1** von 2

### Versicherte/r (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname\*:  Nachname\*:

### Angehörige/r (bzw. die wichtigste private Pflegeperson oder die/der Betreuer/in)

Vorname\*:  Nachname\*:

Straße, Nr\*:  PLZ, Ort\*:

Telefon\*:  E-Mail\*:

Betreuer/in ist:  als Betreuer/in gesetzlich bevollmächtigt  nicht bevollmächtigt

### Bitte wählen Sie Ihr Pflegedirekt Paket\* (1 Paket frei wählbar, monatlich wechselbar per E-Mail oder Telefon)

	<input type="checkbox"/> PAKET 1	<input type="checkbox"/> PAKET 2	<input type="checkbox"/> PAKET 3	<input type="checkbox"/> PAKET 4	<input type="checkbox"/> PAKET 5	<input type="checkbox"/> PAKET 6
Bettscutzeinlagen	-	25 St.	-	2 x 25 St.	-	25 St.
Einmalhandschuhe	100 St.	100 St.	100 St.	100 St.	2 x 100 St.	2 x 100 St.
Händedesinfektionsmittel	-	500 ml	500 ml	500 ml	2 x 500 ml	500 ml
Flächendesinfektionsmittel	2 x 500 ml	-	500 ml	500 ml	2 x 500 ml	500 ml
Mundschutz	50 St.	-	50 St.	-	-	-
Einwegschutzhürzen	100 St.	100 St.	100 St.	-	-	-
Fingerlinge	-	-	-	-	-	-

Bitte Ihre Größe für Einmalhandschuhe angeben:  S  M  L  XL

### Lieferung\*

Die monatliche Lieferung der Pflegehilfsmittel soll bitte erfolgen an:

die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n)  die/den Angehörige(n)/Pflegeperson  
 den Pflegedienst: .....

### Abtretungserklärung/Nutzungsbedingungen (Wird für die Abrechnung mit den Pflegekassen benötigt)

Hiermit trete ich als Antragsteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die Pflegedirekt GmbH & Co. KG (Bahnhofstraße 63 in 71229 Leonberg, Tel.: 07152/338 99 44, Amtsgericht Stuttgart HRA 729291, Geschäftsführer Till Kohlmann und Fabian Schnegotzki) ab. Hiermit akzeptiere ich die Nutzungsbedingungen der Pflegedirekt GmbH & Co. KG (einzusehen unter: www.pflegedirekt.de/nutzungsbedingungen)

\* = Pflichtfelder

Datum, Unterschrift des/der Versicherten oder Bevollmächtigten 

© Pflegedirekt GmbH & Co. KG, Bahnhofstr. 63, 71229 Leonberg, Tel.: 07152/338 99 44, Fax: 07152/338 99 200  
E-Mail: paket@pflegedirekt.de, Internet: www.pflegedirekt.de, St.-Nr.: 70051/08981, IK-Nr.: 460817212

**Formular 2** von 2

## Versicherte/r (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Vorname\*:  Nachname\*:   
 Straße, Nr\*:  PLZ, Ort\*:   
 Telefon\*:  E-Mail\*:   
 Krankenkasse\*:  Versicherungs-Nr.\*:   
 Geburtsdatum\*:  Pflegestufe\*:  0  1  2  3

\* = Pflichtfelder

## Antrag auf Kostenübernahme

### 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 hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

ZUM VERBRAUCH BESTIMMTE PFLEGEHILFSMITTEL	POSITIONSNUMMER
<b>Bettsschutzeinlage</b> (Einmalgebrauch, 60 x 90 cm)	54.45.01.0001
<b>Einmalhandschuhe</b> (puderfrei)	54.99.01.1001
<b>Händedesinfektionsmittel</b>	54.99.02.0001
<b>Flächendesinfektionsmittel</b>	54.99.02.0002
<b>Mundschutz</b> (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
<b>Schutzschürzen</b> (Einmalgebrauch, wasserfestem Folienmaterial)	54.99.01.3001
<b>Fingerlinge</b>	54.99.01.0001

- 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	POSITIONSNUMMER
<b>Saugende Bettsschutzeinlagen</b> (wiederverwendbar)	51.40.01.4

Ich beauftrage die Pflegedirekt GmbH & Co. KG mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie die Pflegedirekt GmbH & Co. KG, mit Eingang dieses Antrages, als mein Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse. Bitte streichen Sie vorhandene Leistungserbringer. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Meine Daten dürfen von der Pflegedirekt GmbH & Co. KG zum Zweck der Leistungserbringung genutzt werden.

Datum

Unterschrift des/der Versicherten oder Bevollmächtigten

### Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

<input type="checkbox"/> PG 54 bis 40,00 €/Monat	<input type="checkbox"/> PG 54 bis 20,00 €/Monat	Datum .....
<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung	
<input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/ Beihilfeberechtigte(r)	<input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/ Beihilfeberechtigte(r)	IK der Pflegekasse/Stempel/Unterschrift