

**Angehörige/r:** bzw. die wichtigste private Pflegeperson oder die/der Betreuer/in

|   |  |                  |
|---|--|------------------|
| <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr | <b>Vorname:</b>  | <b>Nachname:</b> |
| <b>Abweichende Lieferadresse:</b>                           | <b>Straße, Nr.:</b>  |                  |
|   | <b>PLZ:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <b>Ort:</b>      |

**BOX 1**



- 1x 500 ml Flächendesinfektion
- 1x 100 St Handschuhe
- 2x 500 ml Händedesinfektion

**BOX 2**



- 1x 50 St Mundschutz
- 1x 100 St Handschuhe
- 1x 500 ml Händedesinfektion

**BOX 3**



- 1x 50 St Mundschutz
- 1x 100 St Handschuhe
- 1x 500 ml Flächendesinfektion

**BOX 4**



- 1x 25 St Einweg-Bettschutz
- 1x 100 St Handschuhe
- 1x 500 ml Händedesinfektion
- 1x 500 ml Flächendesinfektion

**BOX 5**



- 1x 25 St Einweg-Bettschutz
- 1x 50 St Mundschutz
- 1x 500 ml Händedesinfektion
- 1x 500 ml Flächendesinfektion

**BOX 6**



- 2x 100 St Handschuhe
- 1x 500 ml Händedesinfektion
- 1x 500 ml Flächendesinfektion

**BOX 7**



- 1x 50 St Mundschutz
- 1x 500 ml Flächendesinfektion
- 1x 500 ml Händedesinfektion

**BOX 8**



- 25 St FFP2 Masken
- 1x 500 ml Flächendesinfektion
- 1x 500 ml Händedesinfektion

**BOX 9**



- 10 St FFP2 Masken
- 1x 100 St Handschuhe
- 1x 500 ml Flächendesinfektion

**BOX 10**



- 10 St FFP2 Masken
- 1x 100 St Handschuhe
- 1x 500 ml Händedesinfektion

**BOX 11**



- 1x 25 St Einweg-Bettschutz
- 10 St FFP2 Masken
- 1x 500 ml Händedesinfektion
- 1x 500 ml Flächendesinfektion

**BOX 12**



- 1x 25 St Einweg-Bettschutz
- 10 St FFP2 Masken
- 1x 100 St Handschuhe

**INDIVIDUELLE BOX** (Wir werden Sie telefonisch kontaktieren und mit Ihnen Ihre eigene Box zusammenstellen.)

**Einmalhandschuhe (Größe):**

**S**  **M**  **L**  **XL**

**Lieferrhythmus:**  **Monatlich**  **Alle 2 Monate**

*Bitte beachten Sie, dass bei Lieferrhythmus „Alle 2 Monate“ die Pauschale aus dem Vormonat verfällt!*

**Abtretungs / Beauftragung / AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)**

Hiermit beauftrage ich die Vitalset (Sorbenstraße 22, 20537 Hamburg, Tel 040 / 533 08 250, UST-ID Nr..DE328462284, Steuer-Nr.42/237/04587, Geschäftsführer Dimitri Steinfeuer) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragssteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an Vitalset ab. Hiermit gestatte ich die Verarbeitung, Speicherung meiner personenbezogenen Daten und sensiblen Daten zum Zweck der Lesitungsbringung durch Vitalset sowie die Weitergabe dieser Daten an Kooperationspartner zu vorgenannten Zwecken und habe jederzeit das Recht, mein Einverständnis zu widerrufen, z. B. mit einer E-Mail an info@vitalset.de. Weitere Informationen hierzu finde ich in den Datenschutzhinweisen (einzusehen auf der Rückseite dieses Antrags).

**X**

Datum

**X**

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

# Antrag auf Kostenübernahme

zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln gemäß § 78 Absatz 1 in Verbindung mit § 40 Absatz 2 SGB XI



## Versicherte/r:

|                               |                               |                  |           |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Frau | <input type="checkbox"/> Herr | Vorname:         | Nachname: |
| Straße, Nr.:                  |                               | Telefon / Mobil: |           |
| PLZ: <input type="text"/>     | Ort:                          |                  |           |
| E-mail:                       |                               | Geburtsdatum:    |           |
| Krankenkasse:                 |                               | Versichertenr.:  |           |

## Antrag auf Kostenübernahme:

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

## Wird grundsätzlich benötigt      Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel      Positionsnummer

|                          |   |               |
|--------------------------|---|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Saugende Bettschutzeinlagen ( <i>Einmalgebrauch</i> ) | 54.45.01.0001 |
| <input type="checkbox"/> | Fingerlinge   | 54.99.01.0001 |
| <input type="checkbox"/> | Einmalhandschuhe                                      | 54.99.01.1001 |
| <input type="checkbox"/> | Mundschutz  | 54.99.01.2001 |
| <input type="checkbox"/> | Schutzschürzen ( <i>Einmalgebrauch</i> )              | 54.99.01.3001 |
| <input type="checkbox"/> | Schutzschürzen ( <i>Wiederverwendbar</i> )            | 54.99.01.3002 |
| <input type="checkbox"/> | Händedesinfektionsmittel                              | 54.99.02.0001 |
| <input type="checkbox"/> | Flächendesinfektionsmittel                            | 54.99.02.0002 |

## Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) im Wert von 26,16 € pro Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt

| Stückzahl (nach Bedarf)   | Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene  | Positionsnummer |
|---|---|-----------------|
| <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 | Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (75 x 85 cm) | 54.99.02.0002   |

Hiermit bevollmächtige ich Vitalset mit der Antragstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch Vitalset, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber Vitalset solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie Vitalset als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Gewünschte Produkte werden von mir ausnahmslos für die ambulante private Pflege im angegebenen Umfang bezogen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r) \_\_\_\_\_

## Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

Bitte zurück an die Faxnummer **040 / 309 30 754**

PG 54 bis 40,- € monatlich   
  PG 51 ohne Zzgl./Beihilfeberechtigter   
 **IK 330205143**  
 PG 54 bis 20,- € monatlich   
  PG 51 mit Zzgl./Beihilfeberechtigter   
  PG 51 ohne Zzgl.   
  PG 51 mit Zzgl.

Datum \_\_\_\_\_ IK der Pflegekasse / Stempel / Unterschrift \_\_\_\_\_