

Bestellformular (Seite 1/2)

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



1 Name der / des Versicherten/Pflegebedürftigen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Telefon:		E-Mail:
Pflegegrad (Bitte unbedingt angeben!) <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Ich habe keinen Pflegegrad		
Versicherte(r) ist: <input type="checkbox"/> gesetzlich pflegeversichert <input type="checkbox"/> privat pflegeversichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> über Ortsamt / Sozialamt versichert		

2 Angehörige(r) / Pflegeperson Bitte die wichtigste private Pflegeperson oder die/den Betreuer(in) eintragen

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Telefon:		PLZ / Ort:
Straße/Nr.:		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)		Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

3 Boxenauswahl

BOX 1 BOX 2 BOX 3 BOX 4 BOX 5 BOX 6 BOX 7 BOX 8 BOX 9 BOX 10 BOX 11 BOX 12

4 Individuelle Box (Wir werden Sie telefonisch kontaktieren und mit Ihnen Ihre eigene Box zusammenstellen.)

5 Lieferadresse

<input type="checkbox"/> an die/den Versicherte(n) Pflegebedürftige(n)	<input type="checkbox"/> an die/den Angehörige(n) Pflegeperson <input type="checkbox"/> an den Pflegedienst <i>ACHTUNG: Bitte beiliegende Vollmacht ausfüllen und an uns zurücksenden</i>
--	--

6 Rechnungsempfänger Rechnungen werden nur bei Privatpatienten verschickt!

<input type="checkbox"/> Versicherte(r) / Pflegebedürftige(r)	<input type="checkbox"/> Angehörige(r) / Pflegeperson
---	---

7 Pflegedienst

Bitte nennen Sie den betreuenden Pflegedienst Name/Adresse Pflegedienst (Stempel): Referenz/Partnernummer:	<input type="checkbox"/> Ich wünsche, dass der genannte Pflegedienst die folgenden Leistungen erbringt: - Information über den gesetzlichen Anspruch auf die Erstattung von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln - Unterstützung bei der Auswahl der geeigneten Produkte und Bearbeitung des Antragsformulars - Einweisung in die sach- und fachgerechte Nutzung der Produkte
---	---

8 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 Steinfeyer) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragsteller/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 Leistungserbringung 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).

9 Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Antrag auf Kostenübernahme (Seite 2/2)

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



1 Versicherte/r:

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

2 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 (Einmalgebrauch)	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 (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
<input type="checkbox"/>	Schutzschürzen (Wiederverwendbar)	54.99.01.3002
<input type="checkbox"/>	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
<input type="checkbox"/>	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002

3 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.

4 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 _____