

Antrag auf Kostenübernahme (Seite 1/2)

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



1 Versicherte/r:

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

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

	Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
	Fingerlinge	54.99.01.0001
	Einmalhandschuhe	54.99.01.1001
	Mundschutz	54.99.01.2001
	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
	Schutzschürzen (Wiederverwendbar)	54.99.01.3002
	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
	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
1	2	3	4	Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (75 x 85 cm)	51.40.01.4

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 / 34 99 99 990**

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 _____

5 Name der / des Versicherten/Pflegebedürftigen

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

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

Frau	Vorname:	Name:
Herr	Telefon:	PLZ / Ort:
Straße/Nr.:		E-Mail:
Pflegeperson ist: Ehe-/Lebenspartner Schwieger-Tochter/Sohn		Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: ja nein
Mutter/Vater Freund(in)/Bekannte(r)		

7 Boxenauswahl

BOX 1 BOX 2 BOX 3 BOX 4 BOX 5 BOX 6

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

9 Lieferadresse

an die/den Versicherte(n) Pflegebedürftige(n)	an die/den Angehörige(n) Pflegeperson	an den Pflegedienst
	ACHTUNG: Bitte beiliegende Vollmacht ausfüllen und an uns zurücksenden	

10 Rechnungsempfänger *Rechnungen werden nur bei Privatpatienten verschickt!*

Versicherte(r) / Pflegebedürftige(r)	Angehörige(r) / Pflegeperson
--------------------------------------	------------------------------

11 Pflegedienst

<p>Bitte nennen Sie den betreuenden Pflegedienst</p> <p>Name/Adresse Pflegedienst (Stempel):</p> <p>Referenz/Partnernummer:</p>	<p>Ich wünsche, dass der genannte Pflegedienst die folgenden Leistungen erbringt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 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
--	--

<p>Einmalhandschuhe (Größe):</p> <p>S M L XL</p>	<p>Lieferrhythmus:</p> <p>Monatlich Alle 2 Monate</p>	<p>Bitte beachten Sie, dass bei Lieferrhythmus „Alle 2 Monate“ die Pauschale aus dem Vormonat verfällt!</p>
--	---	---

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

Hiermit beauftrage ich die Vitalset GmbH (Sorbenstraße 22, 20537 Hamburg, Tel 040 / 34 99 99 900, UST-ID Nr..DE328462284, Steuer-Nr. 46/237/03164, Geschäftsführer Dimitri Steinfuer) 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).

13  _____
Datum

 _____
Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

INFOBLATT



**NUTZEN SIE NOCH HEUTE IHREN
GESETZLICHEN ANSPRUCH AUF
KOSTENFREIE PFLEGEHILFSMITTEL !**

Sorbenstraße 22 - 20537 Hamburg
Tel.: 040 / 34 99 99 900
E-Mail: info@vitalset.de
www.vitalset.de



WIE IST DAS MÖGLICH PFLEGEHILFSMITTEL ZUZAHLUNGSFREI ZU BEKOMMEN?

Beim Vorhandensein eines Pflegegrades haben Sie Anspruch auf Pflegehilfsmittel im Wert von 40,-€ monatlich.

Als Ihr starker Partner übernehmen wir für Sie nicht nur die Abwicklung von Formalitäten wie Antragstellung, Lieferung, Abrechnung mit Kostenträgern, sondern beliefern Sie auch auf unsere eigenen Kosten.



RECHTLICHE GRUNDLAGE

Sie haben einen Pflegegrad 1, 2, 3, 4 oder 5? Dann übernimmt die Pflegekasse (§40 Abs. 2 SGB XI) die Kosten von monatlich 40 EUR für Ihre Pflegehilfsmittel, die Sie in Ihrem Alltag benötigen. Nutzen Sie Ihren Anspruch und verlassen Sie sich auf unseren Service. Sie wählen Ihren Bedarf aus und schicken an uns die ausgefüllten Unterlagen. Wir kümmern uns um alle Formalitäten einschließlich kostenloser Lieferung zu Ihnen nach Hause.



ÜBER UNS

Wir sind Ihr starker Partner in Sachen Pflegehilfsmittel. Wir haben es uns zur Aufgabe gemacht, Ihren Alltag zu erleichtern. Die Antragstellung, die kostenlose Lieferung Ihrer Bestellung und die endgültige Abrechnung mit Ihrer Pflegekasse – all diese Tätigkeiten übernehmen wir für Sie. Sie müssen lediglich das Paket entgegennehmen. In unserem Webshop bieten wir Pflegebedürftigen ein Sortiment an kostenlosen Pflegehilfsmitteln. Mit unserer langjährigen Expertise in der Pflegebranche wissen wir, worauf es ankommt und welche Produkte Ihnen den Alltag erleichtern.



UNSERE HOTLINE

0800 / 30 300 10



Antrag auf Kostenübernahme

1 Versicherte/r:

- Bitte tragen Sie hier die persönlichen Daten der/des Versicherten ein.



Name Ihrer Kranken/Pflegekasse

Ihrer Versichertennummer

2 Antrag auf Kostenübernahme

- Wir dürfen Ihnen nur beantragte/bewilligte Hilfsmittel zusenden.

- *Nicht beantragte Hilfsmittel müssen zu einem späteren Zeitpunkt neu beantragt werden, wenn Sie den Inhalt Ihrer PflegeBox neu zusammenstellen oder ergänzen möchten.*

3 Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

- Hier können Sie zusätzlich waschbare Bettschutz einlagen beantragen (Lieferung 1x im Jahr).

Stückzahl (nach Bedarf)

- Geben Sie die von Ihnen gewünschte Anzahl der wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen

4 Datum und Unterschrift

- Unterschreiben Sie den Antrag und schicken Sie es mit dem ausgefüllten Bestellformular (Rückseite) an unsere Adresse:

VitalSet
Sorbenstraße 2
20537 Hamburg



UNSERE HOTLINE

0800 / 30 300 10

Bestellformular

5 Versicherte/r:

- Bitte tragen Sie hier die persönlichen Daten der/des Versicherten ein.

- Bitte geben Sie unbedingt den Pflegegrad ein!

6 Angehörige(r) / Pflegeperson

- Bitte teilen Sie uns mit, wer die wichtigste private Pflegeperson oder der/die Betreuer(in) ist.

- Bitte nebenstehend ja ankreuzen, falls die Betreuung gesetzlich bevollmächtigt ist.

7 Boxenauswahl

- Passend zur Ihren jeweiligen Pflegesituation können Sie Ihre PflegeBox aus 8 unterschiedlich zusammengestellten Varianten wählen.

- Gerne können Sie im nachhinein Ihre ausgewählte Box wechseln oder auch eine individuelle Box zusammenstellen lassen.

- Wir beraten Sie gern! ☎

8 Individuelle Box

- Rufen Sie uns an um Ihre individuelle Pflegebox zusammenzustellen.

9 Lieferadresse

- Geben Sie wahlweise die Lieferadresse von der Pflegeperson Wahlweise kann man auch an den Angehörigen der Pflegeperson oder die zuständige Pflegedienst liefern.

10 Rechnungsempfänger

- Tragen Sie den Rechnungsempfänger ein (nur bei Privatkassenpatienten)

11 Pflegedienst

- Tragen Sie hier die Kontaktdaten des betreuenden Pflegedienstes ein

12 Einmalhandschuhe / Lieferrhythmus

- Bitte die passende Größe für die Einmalhandschuhe wählen (falls in Ihrer Box vorhanden)

- Geben Sie an, wie oft die Box geliefert werden soll.

13 Datum und Unterschrift

- Unterschreiben Sie den Antrag und schicken Sie es mit dem ausgefüllten Antrag auf Kostenübernahme (Rückseite) an unsere Adresse (siehe links)

UNSERE BOXENÜBERSICHT

BOX 1



- 1x 50 Stück OP-Mundschutz
- 1x 100 Stück Handschuhe
- 1x 500 ml Händedesinfektion

BOX 2



- 1x 50 Stück OP-Mundschutz
- 1x 100 Stück Handschuhe
- 1x 500 ml Flächendesinfektion

BOX 3



- 1x 100 Stück Handschuhe
- 1x 500 ml Händedesinfektion
- 1x 500 ml Flächendesinfektion

BOX 4



- 1x 25 Stück Einweg-Bettschutz
- 1x 500 ml Händedesinfektion
- 1x 50 Stück OP-Mundschutz

BOX 5



- 1x 50 Stück OP-Mundschutz
- 1x 500 ml Flächendesinfektion
- 1x 500 ml Händedesinfektion

BOX 6



- 12 Stück FFP2 Masken
- 1x 500 ml Flächendesinfektion
- 1x 500 ml Händedesinfektion

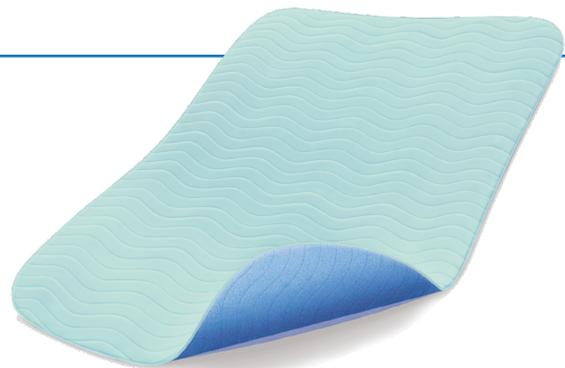


VitalSet®



WASCHBARE BETTSCHUTZEINLAGEN

Sie können zusätzlich waschbare
Bettschutzeinlagen (z.B. bei Inkontinenz)
beantragen.



**SIE HABEN FRAGEN?
KONTAKTIEREN SIE UNS JEDERZEIT:**

Sorbenstraße 22 - 20537 Hamburg
Tel.: 040 / 34 99 99 900
E-Mail: info@vitalset.de
Web: www.vitalset.de



HOTLINE: 0800 / 30 300 10