



Pflegehilfsmittel zum Verbrauch

Was ist das?

Unser Bestreben liegt darin, Ihnen von Anfang an ein möglichst ganzheitliches und umfassendes Serviceangebot zu unterbreiten.

Mit der Zuweisung Ihres Pflegegrads haben Sie Anspruch auf Pflegehilfsmittelverbrauch. Monatlich können Sie aus einem durch die Pflegeversicherungen vorgegebenen Produktpool Pflegehilfsmittel im Wert von bis zu 42 Euro kostenfrei erhalten. Diese Produkte sind ausschließlich für die Nutzung durch pflegende Privatpersonen gedacht und dienen Ihrer Entlastung.

Über unseren Partner, die Amts Apotheke in Bad Marienberg, können Sie bequem und direkt bei Ihrem Engel, Ihre Bestellung platzieren statt umständlich per Post, bringen unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter Ihnen die Pakete kostenlos beim nächsten Termin einfach mit. Noch einfacher und persönlicher gehts gar nicht. Und das Beste: Als Kunde unseres Hauses profitieren Sie von weiteren Vorteilen, wenn Sie sich für den Bezug über unseren Partner entscheiden:

- Individuelle Zusammenstellung Ihrer Pflegemittel
- 5% Rabatt auf Ihr „Wunsch-Engel“-Paket
- 5% Rabatt auf die Administrationspauschale für Versicherte der IKK Südwest und AOK Nordwest
- Freie kurzfristige Terminstornierung (einmal pro Quartal)
- Kostenlose Administrationsunterstützung durch Ihre Kümmerer (pro Quartal, eine Stunde, nicht übertragbar)
- Kostenlose Budgetübersicht auf Quartalsbasis
- Kostenloser Wechselservice

Wie funktioniert das?

Ganz einfach: Antrag ausfüllen und unterzeichnen. Wir reichen Ihre Unterlage dann bei der Amts Apotheke ein, die sich um alles Weitere kümmert. Ihre Bestellung können Sie monatlich frei anpassen. Sollten Sie einmal über das verfügbare Budget hinaus bestellt haben, rufen wir Sie an und passen Ihre Bestellung entsprechend an.

Die Abrechnung erfolgt direkt zwischen der Amts Apotheke als Ihrem Dienstleister und Ihrer Pflegekasse. Sie müssen sich also um nichts kümmern.



Ich habe schon einen Dienstleister, was nun?

Kein Problem. Sollten Sie bereits einen anderen Dienstleister haben, kümmern wir uns um die Kündigung des bestehenden Vertrags zum nächstmöglichen Zeitpunkt. In diesem Falle setzen wir für Sie ein Schreiben auf und sorgen dafür, dass Sie zeitnah in den Genuss unseres Angebots kommen können.



Antrag auf Kostenübernahme und Beratungsdokumentation

Name	Geburtsdatum	Versichertennummer
Anschrift		Pflegekasse

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

I zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechengröße	Menge/Faktor (bitte eintragen)	Erläuterung
saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Fingerlinge (Latex oder latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Einmalhandschuhe (Latex oder latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2)	54.99.01.5001	1 Stück	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Schutzhandschuhe zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bei 500 ml bitte den Faktor 5 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

<input type="checkbox"/> I Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.				
Saugende Bettschutzeinlagen wiederverwendbar	54.99.02.0015	1 Stück	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	1 St.



Beratungsprotokoll

Beratung durch den Leistungserbringer

Amts-Apotheke Dr. Rainer Gerhard Laux e.K. www.apotheken-badmarienberg.de
Bismarckstr. 5 info@raben-apotheke-badmarienberg.de

56470 Bad Marienberg

IK:

306504569

Erklärung des Kunden

Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten, insbesondere darüber - welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind, - die ich ohne Mehrkosten erhalten kann

Form des Beratungsgesprächs

- Beratung in Geschäftsräumen
- Individuelle Telefonische Beratung
- Persönliche Beratung in der Häuslichkeit

Der o.g. Leistungserbringer hat

- Mich persönlich beraten
- Mit einem Handlungsbevollmächtigen gesprochen

Datum der Beratung

Beratung durch

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeverklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüberhinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

Datum

Ort

Unterschrift des Versicherten

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54

bis maximal des monatlichen Höchstbetrages
nach § 40 Absatz 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

PG 51 mit Zuzahlung

PG 51 ohne Zuzahlung

PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)