



Haben Sie einen Pflegegrad?

Mit meinpflegepaket.com sparen Sie bis zu 480 Euro im Jahr.

Gerne versorgen wir Sie mit den benötigten Pflegehilfsmitteln. Die Kosten hierfür übernimmt nach der Genehmigung die Pflegekasse für Sie.

Für die Beantragung der Kostenübernahme müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Haben Sie einen anerkannten Pflegegrad?
- Leben Sie zu Hause und werden von mindestens einer Privatperson versorgt und gepflegt?

Dann gelangen Sie in nur wenigen Schritten zu Ihrem Pflegepaket.

Seite 2 – Die Bestellung Ihres Pflegepaketes

1. Entscheiden Sie sich für ein Pflegepaket, welches am besten zu Ihnen passt.
Sollten Sie kein Pflegepaket auswählen, erhalten Sie Paket 1.
2. Teilen Sie uns Ihre gewünschte Handschuhgröße mit.
Sollten Sie keine Größe auswählen, erhalten Sie die Größe M.
3. Geben Sie alle benötigten Lieferinformationen an.

Seite 3 – Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

4. Tragen Sie hier alle Informationen ein.
Entscheiden Sie sich auch für die wiederverwendbaren Bettschutzeinlagen, können Sie diese jährlich erhalten. Bitte denken Sie dran, diese jährlich neu zu beantragen.
5. Unterschreiben Sie den Antrag und die Bestellung und übermitteln uns die Formulare.

Telefon: 0800 – 550 880 5

E-Mail: info@meinpflegepaket.com

Telefax: 05127 – 93 11 40

Nach Erhalt der ausgefüllten Formulare kümmern wir uns um die Kostenübernahme der Pflegehilfsmittel durch die Pflegekasse.

Wir bitten Sie um etwas Geduld. Sobald uns die Genehmigung vorliegt, erhalten Sie von uns das gewählte Pflegepaket in regelmäßigen Abständen.

Haben Sie Fragen, Wünsche oder Anregungen? Unser Team ist jederzeit gerne für Sie da.

Ihr Team von meinpflegepaket.com

Bestellung Pflegepaket



www.meinpflegepaket.com

Angaben zum / zur Versicherten (Bitte ausfüllen wie Antragsteller in der Kostenübernahme!)

Frau Herr Name: _____

Angaben zur Pflegeperson (Bitte hier die wichtigste private Pflegeperson oder die / den Betreuer:in eintragen)

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Pflegeperson

Ehe / Lebenspartner:in

andere Verwandte

Pflegeperson (als Betreuer:in)

Tochter / Sohn

Ehrenamtliche:r

gesetzlich bevollmächtigt

Mutter / Vater

Freund:in / Nachbar:in

nicht bevollmächtigt

Angaben zur Lieferadresse

Lieferung soll erfolgen an: eigene Adresse Pflegedienst Pflegeperson

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ E-Mail: _____

Bestellung Ihres Pflegepaketes (Bitte wählen Sie ein Paket und die Handschuhgröße(n) aus)

	Einheit	Pflegepaket												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Einmalhandschuhe - Latexfrei	Stück	200	100	100	200	100	300	200	100	-	500	-	-	300
Bettschutzeinlagen 60 x 90 cm	Stück	25	75	25	-	50	-	50	-	75	-	-	-	-
Mundschutz	Stück	-	-	-	50	-	-	-	50	-	-	-	-	-
Schutzschürzen	Stück	-	-	100	-	-	-	-	100	-	-	-	-	-
Händedesinfektion 500 ml	Stück	1	-	1	2	1	2	-	1	-	-	5	-	1
Flächendesinfektion 500 ml	Stück	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1

Wählen Sie hier ein Pflegepaket aus

Wählen Sie die Handschuhgröße aus S _____ M _____ L _____ XL _____

Die getroffene Auswahl des Pflegepakets ist nicht verpflichtend, bei Bedarf können Sie jeden Monat das Pflegepaket neu festlegen. Die Änderungen geben Sie bitte 14 Werktage vor der neuen Lieferung an die unten genannte Adresse. Die Lieferung erfolgt nur für den Zeitraum, den die Pflegekasse für Sie bewilligt hat.

Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson / Betreuer:in bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme meines Pflegepaketes.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte:r bzw. Bevollmächtigte:r

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

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



www.meinpflgeepaket.com

Angaben zum / zur Versicherten

Name: _____
Straße, Hausnr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____
Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____
Versichertennr.: _____ KK-Nummer: _____
Pflegegrad 1 2 3 4 5

Ich beantrage die Kostenübernahme für **zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel**
- Produktgruppe (54) - bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB
XI / bei Beihilfeberechtigten bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages.
Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
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

Ich beantrage die Kostenübernahme für **Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene** - Produktgruppe (51) - unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H.,
soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Stückzahl	Bezeichnung	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4

Angaben zum Leistungserbringer

noma-med, Kreuzacker 2, 31177 Harsum

Institutionskennzeichen: 3 30 31 09 60

Hiermit bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte
ausnahmslos für die ambulante Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherte:r bzw. Bevollmächtigte:r

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG54

bis maximal des monatlichen
Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

PG 54 Beihilfeberechtigung

bis maximal der Hälfte des monatlichen
Höchstbetrages nach § 40 Abs. 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 / Unterschrift

www.meinpflgeepaket.com

noma-med — Ein Geschäftsbereich der PubliCare GmbH
Kreuzacker 2
D-31177 Harsum

info@meinpflgeepaket.com
Tel.: 0800 / 550 880 5
Fax: 05127 / 93 11 40