

Zur Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI

Versicherte/r

Anrede:	☐ Frau ☐ Herr		
Vorname:		Nachname:	
Straße u. Hausnr.:			
Postleitzahl:		Ort:	
Geburtsdatum:		Telefon:	
Versichertennummer:		Pflegekasse:	
Pflegegrad:	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		

Antrag auf Kostenübernahme

☒ Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 42,- € monatlich nach §40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 21,- € nach §40 Abs. 2 SGB XI.

Wird benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)	Positionsnummer
☐	Einmalhandschuhe (puderfrei)	54.99.01.1001
☐	Fingerlinge (puderfrei, Latex)	54.99.01.0001
☐	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
☐	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
☐	Händedesinfektionstücher (80 Tücher)	54.99.02.0014
☐	Flächendesinfektionstücher (80 Tücher)	54.99.02.0015
☐	Mundschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
☐	Bettschutzeinlagen (60 x 90 cm, Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
☐	Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001

Hiermit ermächtige ich FiVa Pflegeprodukte, in meinem Namen die Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung der Leistungen zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse durchzuführen. Sämtliche hierfür erforderliche Kommunikation übernimmt ausschließlich FiVa Pflegeprodukte, die dabei berechtigt ist, meine Daten im Rahmen der Leistungserbringung zu verwenden. Ich wurde darüber informiert, dass ich das Recht habe, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widersprechen. Zudem entbinde ich meine Pflegekasse von der Geheimhaltungspflicht gegenüber FiVa Pflegeprodukte, solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie FiVa Pflegeprodukte als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und als Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und entfernen Sie alle bisherigen Leistungserbringer. Die gewünschten Produkte beziehe ich ausschließlich im Rahmen der ambulanten privaten Pflege in dem angegebenen Umfang.

X _____ Datum
X _____ Unterschrift Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse (von der Pflegekasse auszufüllen)

Bitte zurück an die Faxnummer 0231 - 941 493 67

IK 330 520 190

- | | |
|---|--|
| ☐ PG 54 bis 42,- € monatlich | ☐ PG 51 mit Zzlg. |
| ☐ PG 54 bis 21,- € monatlich | ☐ PG 51 ohne Zzlg. / Beihilfeberechtigter |
| ☐ PG 51 ohne Zzlg. | ☐ PG 51 mit Zzlg. / Beihilfeberechtigter |

Datum	IK-Nr. der Pflegekasse	Stempel / Unterschrift
-------	------------------------	------------------------

Zur Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Abs. 1 in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI

Angehörige(r) / Pflegeperson (bitte die wichtigste private Pflegeperson oder Betreuer/in eintragen)

Anrede:	☐ Frau	☐ Herr	☐ divers
Vorname:	Nachname:		
Straße u. Hausnr.:			
Postleitzahl:	Ort:		
Telefon:	E-Mail:		
Pflegeperson ist:	☐ Ehe-/Lebenspartner ☐ (Schwieger-) Tochter/Sohn ☐ Mutter / Vater ☐ Betreuer/in ☐ Freund/in ☐ Sonstiger Angehöriger		
Als Betreuer/in bevollmächtigt:	☐ Ja ☐ Nein		

Auswahl der Hilfsmittel (Änderungen vorbehalten)

Box 1	Box 2	Box 3
100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 1 Flächendesinfektionstücher 1 Händedesinfektionstücher	200 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 50 Mundschutz	100 Einmalhandschuhe 500 ml Händedesinfektion 50 Bettschutzeinlagen

Größe der Einmalhandschuhe: ☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL

Individuelle Zusammenstellung

Ich interessiere mich für die folgenden Pflegehilfsmittel:

☐ Einmalhandschuhe	☐ Flächendesinfektion	☐ Flächendesinfektionstücher	☐ Bettschutzauflagen
☐ Fingerlinge	☐ Händedesinfektion	☐ Händedesinfektionstücher	☐ Mundschutz

Hiermit überlasse ich die Zusammenstellung der Pflegebox dem Leistungserbringer gemäß dem aktuellen Bedarf.

Lieferung

Die monatliche Lieferung soll erfolgen an:

☐ Versicherte/r ☐ Angehörige(r) / Pflegeperson

Abtretungserklärung / Beauftragung / AGB

Hiermit beauftrage ich FiVa Pflegeprodukte die Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung vorzunehmen. Ich trete als Antragsteller bzw. Leistungsnehmer meinen eventuellen Kostenerstattungsanspruch gemäß §398 BGB gegenüber meiner Pflegekasse an FiVa Pflegeprodukte ab. Zudem willige ich ein, dass die im Bestellformular angegebenen personenbezogenen sowie Gesundheitsdaten von FiVa Pflegeprodukte zur Information und Leistungserbringung verarbeitet werden dürfen – eine Weitergabe meiner Daten an Dritte ist in diesem Rahmen ebenfalls möglich. Die Datenschutzhinweise (einsehbar unter fivapflegeprodukte.de/datenschutz.php) habe ich zur Kenntnis genommen, und mein Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden (bspw. per E-Mail an info@fivapflegeprodukte.de). Ich akzeptiere zudem die AGB von FiVa Pflegeprodukte und wurde über mein Widerrufsrecht informiert. Sollte ich diese Einwilligungen und Erklärungen für einen Dritten, beispielsweise eine pflegebedürftige Person, abgeben, versichere ich, dass mir die betreffende Person hierfür die entsprechende Vollmacht erteilt hat und ich diese Vollmacht jederzeit vorlegen kann.

X _____ Datum

X _____ Unterschrift Versicherte/r oder Bevollmächtigte/r