

Ihre Angehörigen besitzen eine Pflegestufe und Sie kümmern sich um sie?

Dann können Sie monatlich bis zu 40,00 € sparen, mit Hilfe der finanziellen Unterstützung für Ihren Bedarf an Pflegehilfsmitteln durch die Pflegekasse Ihrer Angehörigen! Wir liefern Ihnen die ausgewählten Pflegehilfsmittel, wie zum Beispiel Desinfektionsmittel, Bettschutzeinlagen, Einmalhandschuhe, Schutzschürzen und Mundschutz regelmäßig und ohne weiteren Aufwand frei Haus zu.

Füllen Sie dazu lediglich dieses Formular aus. Anschließend schicken Sie es per Fax oder postalisch an und zurück und wir kümmern uns um alles Weitere.

Wählen Sie aus den verschiedenen Paketen die für Sie beste Variante aus:

Im Falle einer Ablehnung durch die Pflegekasse besteht die Möglichkeit, die gewünschten Produkte, unabhängig von diesem Antrag, bei der AGV Medical Care GmbH käuflich zu erwerben.

PAKET 1 beinhaltet:

30 Bettschutzeinlagen
300 Einmalhandschuhe

PAKET 2 beinhaltet:

60 Bettschutzeinlagen
250 ml Flächendesinfektion

PAKET 3 beinhaltet:

100 Einmalhandschuhe
2x500 ml Händedesinfektion
3x250 ml Flächendesinfektion
1 Mundschutz

PAKET 4 beinhaltet:

30 Bettschutzeinlagen
100 Einmalhandschuhe
500 ml Händedesinfektion
2x250 ml Flächendesinfektion

PAKET nach individueller Zusammenstellung: (3 auswählen)

___ Bettschutzeinlagen
___ Fingerlinge
___ Einmalhandschuhe
___ Mundschutz
___ Schutzschürzen (Einmalgebrauch)
___ Schutzschürzen (wiederverwendbar)
___ x 500 ml Händedesinfektion
___ x 250 ml Flächendesinfektion

Handschuhgröße: S M L XL

Material: Vinyl Latex Nitril

Sie haben noch weitere Fragen oder benötigen andere Pflegehilfsmittel?

Wir beraten Sie sehr gern unter der Telefonnummer **0361 – 65354420**.

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse: (nicht vom Antragsteller auszufüllen)

PG 54 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 54

PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigt bis maximal des monatlichen Höchstbetrages

PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigt

Datum

IK der Pflegekasse / Stempel / Unterschrift

ANTRAG AUF KOSTENÜBERNAHME

Name, Vorname

Geburtsdatum

Pflegekasse, Versichertennummer

Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages (max. 40,00€) nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Berechtigung bis maximal der Hälfte des Monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen (wiederverwendbar)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

durch folgenden Leistungserbringer: IK 331608335

AGV Medical Care GmbH - Richard-Hegelmann-Straße 3 - 99086 Erfurt

Tel.: 0361-65354420 - Fax: 0361-65354421

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

Datum und Unterschrift des Versicherten

