

Pflegehilfsmittel zum Verbrauch – Kündigung

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte stellen Sie meine Belieferung mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln ab sofort ein. Ich habe mich für einen anderen Leistungserbringer entschieden und auch die Pflegekasse bereits darüber informiert.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

Pflegehilfsmittel zum Verbrauch - Anbieterwechsel

Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte nehmen Sie zur Kenntnis, dass ich ab sofort meine Pflegehilfsmittel von der Krieger Patientenversorgung GmbH beziehe. Die Krieger Patientenversorgung GmbH ersetzt meinen bisherigen Lieferanten.

Diesen habe ich separat darüber informiert, dass ich von ihm nicht mehr beliefert werden möchte.

Bitte erteilen Sie der Fa. Krieger Patientenversorgung GmbH schriftlich einen Versorgungsauftrag.

Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen



Das Pflegehilfsmittelpaket

Sie haben einen Pflegegrad oder pflegen einen Angehörigen mit Pflegegrad zuhause?

Dann haben Sie gemäß §78 Abs. 1, in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI (Anlage 4) Anspruch auf Kostenübernahme der dafür nötigen Hilfsmittel bis zu 40 € monatlich! Mit unserer Hilfe bekommen Sie ohne viel Aufwand Ihr persönliches Pflegehilfsmittelpaket.

Sie füllen dafür bitte einfach nur das Bestellformular und den Antrag für die Pflegekasse vollständig aus, unterschreiben beides und nutzen für deren Rücksendung an Krieger Patientenversorgung GmbH den **beiliegenden Freumschlag**.

Falls Sie dazu Fragen haben, erreichen Sie uns telefonisch unter **0261 / 46091 96** oder per E-Mail: sanitaetshaus@krieger-gesundheit.de.

Bestellung Ihrer Pflegehilfsmittelversorgung

Welche Produkte möchten Sie erhalten?

Wir haben einige Versorgungsvorschläge für Sie zusammengestellt, die wir Ihnen empfehlen können. Sie können die Produkte auch individuell zusammenstellen lassen. Bitte kreuzen Sie Ihre Auswahl an. Sie können Ihre einmal gewählte Produktzusammenstellung jederzeit ändern.

<input type="checkbox"/> Versorgungsvorschlag Inkontinenz 50 Stk Bettschutzeinlagen 100 Stk Einmalhandschuhe 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> Versorgungsvorschlag Betthygiene 50 Stk Bettschutzeinlagen 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/> Versorgungsvorschlag Desinfektion 2x 100 Stk Einmalhandschuhe 2x 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion
<input type="checkbox"/> Versorgungsvorschlag Infektionsschutz 100 Stk Einmalhandschuhe 150 Stk Flächendesinfektionstücher 60 Stk Händedesinfektionstücher	<input type="checkbox"/> Versorgungsvorschlag Hygieneschutz 100 Stk Einmalhandschuhe 2x 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion 50 Stk Mundschutz	<input type="checkbox"/> individuelle Kombination Stellen Sie Ihre Versorgung nach Ihren Wünschen und Anforderungen individuell zusammen! Wir beraten Sie gerne: Tel.: 0261 - 46091 - 96

Bitte wählen Sie die Größe Ihrer Einmalhandschuhe aus: S M L XL

Messen Sie zur Bestimmung Ihrer Handschuhgröße den Handteller Ihrer stärkeren Hand mit einem Lineal nach. Legen Sie das Lineal dazu zwischen Daumen und Zeigefinger an und lesen Sie an der breitesten Stelle ab: S - 7cm; M - 8cm; L - 9cm; XL - 10cm

Kontaktdaten Pflegeperson, z.B. Angehörige/r:

Vorname: _____

Name: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Die Lieferung erfolgt bitte an: den Kunden die Pflegeperson

Ich beauftrage das Krieger Patientenversorgung GmbH bis auf Widerruf mit der monatlichen Lieferung der von der Pflegekasse genehmigten Hilfsmittel.

Pflegebedürftige/r oder Bevollmächtigte/r

Vorname: _____

Name: _____

Straße/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Kunden-Nr.: _____

Versicherten-Nr.: _____

X

Datum, Ort

Unterschrift Pflegebedürftige/r oder Bevollmächtigte/r

Antrag auf Kostenübernahme

Versorgung des Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß §78 Abs. 1, in Verbindung mit §40 Abs. 2 SGB XI (Anlage 4)

Name der/des Versicherten:

Vorname: _____ Name: _____
 Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____
 Geb.-Datum: _____ Kundennummer: _____
 Pflegekasse: _____ Versichertennummer: _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- 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. **Darüberhinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge / Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54)				
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	1 Stück		
Fingerlinge (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.0001	1 Stück		
Einmalhandschuhe (Latex, unsteril; für Latexallergiker latexfrei, unsteril)	54.99.01.1001	1 Stück		
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	1 Stück		
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP-2 oder vergleichbare Masken)	54.99.01.5001	1 Stück		
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	1 Stück		
Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002	1 Stück		
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001	1 Stück		
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	100 ml		Bei 500 ml bitte den Faktor 5, bei 1000 ml den Faktor 10 eintragen
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	100 ml		
Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014	1 Stück		
Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015	1 Stück		

- Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.

Bezeichnung	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Rechen-größe	Menge / Faktor bitte eintragen	Erläuterung
Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 51)				
Saugende Bettschutzeinlagen - wiederverwendbar	51.40.01.4 <u>126</u> (Bitte die letzten 3 Stellen ergänzen!)	1 Stück		

durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift (Stempel)			Institutionskennzeichen
Krieger Patientenversorgung GmbH David-Roentgen-Str. 2-4 56073 Koblenz	Tel.: Fax: E-Mail:	0261 46091 96 0261 46091 55 sanitaetshaus@krieger-gesundheit.de	330710178

- 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 den Geschäftsräumen
 Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z.B. Videochat)
 Beratung in der Häuslichkeit

Der o.g. Leistungserbringer hat mich persönlich und / oder
 meine Betreuungsperson (ges. Vertreter / Bevollmächtigter oder Angehörigen)

beraten.

Datum der Beratung

Beratende/r Mitarbeiter/in

- 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 Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. Kosten für evtl. darüberhinausgehende Leistungen sind von mir selbst zu tragen.

X

Datum, Ort

Unterschrift der / des Versicherten*

*Unterschrift der Betreuungsperson oder des gesetzl. Vertreters bei Personen, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung / Beihilfeberechtigter
 PG 51 ohne Zuzahlung / Beihilfeberechtigter
- 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

(Datum)

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Vorname: _____ Name: _____ Kundennummer: _____