

Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

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

Dieses Feld ist unbedingt auszufüllen

Name der / des Versicherten / Pflegebedürftigen (Pflichtfeld, bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen/ankreuzen)

Frau Herr

Name Telefon

Vorname E-Mail

Geburtsdatum Pflegekasse

Straße/Nr. Pflegegrad keinen 1 2 3 4 5

PLZ/Ort Versicherten-Nr.

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

| Verbrauchshilfsmittel (Produktgruppe 54) | Zutreffendes bitte ankreuzen | Pflegehilfsmittelpositionsnummer |
|--|------------------------------|----------------------------------|
| Saugende Bettschutzeinlagen mind. 60 x 90 cm (Einmalgebrauch) | | 54.45.01.0001 |
| Einmalhandschuhe, puderfrei <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Nitril Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL | | 54.99.01.1001 |
| Mundschutz Vlies, 3-lagig (Einmalgebrauch) | | 54.99.01.2001 |
| Schutzschürzen wasserfestes/-abweisendes Folienmaterial (Einmalgebrauch) | | 54.99.01.3001 |
| Händedesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren) | | 54.99.02.0001 |
| Flächendesinfektionsmittel keimvermindernde Wirkung (Bakterien, Pilze, Viren) | | 54.99.02.0002 |

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

| Artikel | benötigte Stückzahl | Pflegehilfsmittelpositionsnummer |
|---|---------------------|----------------------------------|
| Saugende Bettschutzeinlagen waschbar, wiederverwendbar | | 51.40.01.4 |

Dieses Feld ausfüllen und unterschreiben

Einwilligung

Ich beauftrage die GHD Gesundheits GmbH mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte verzeichnen Sie GHD Gesundheits GmbH Deutschland, mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie – sofern vorhanden – meinen bisherigen Lieferanten. Ich bestätige, dass die beantragten Pflegehilfsmittel zur Erleichterung meiner Pflege dienen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen. Die Pflegehilfsmittel werden ausschließlich für meine private Pflege verwendet. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten durch die GHD Gesundheits GmbH Deutschland zu Zwecken der Begründung und Durchführung dieses Vertrags gemäß der datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Datenschutzinformationen habe ich zur Kenntnis genommen.

X

X

Ort/Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse / IK-Nummer:

- 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 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte(r)

Ort/Datum/Stempel/Unterschrift

Auswahl des CuraPack-Pflegepaketes. Wählen Sie aus sechs Varianten.

Dieses Feld ist unbedingt auszufüllen

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen (Pflichtfeld, bitte deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen/ankreuzen)

Frau Herr Name _____ Vorname _____

Versicherte(r) ist: gesetzlich pflegeversichert privat pflegeversichert beihilfeberechtigt über Ortsamt/Sozialamt versichert

Versicherte(r) bezieht:

Pflegesachleistung § 36 (Pflege wird nur durch ambulanten Pflegedienst geleistet)

Pflegegeld § 37 (Pflege wird nur durch Angehörige(n) oder andere private Pflegepersonen erbracht)

Kombinationsleistung § 38 (Pflege wird durch private Pflegeperson(en) und Pflegedienst gemeinsam erbracht)

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

Frau Herr Name _____ Vorname _____

Straße/Nr. _____ PLZ/Ort _____ Telefon: _____

E-Mail _____ Pflegeperson ist gesetzlich bevollmächtigt ja nein

Pflegeperson ist Ehe/Lebenspartner (Schwieger-)Tochter/Sohn Mutter/Vater Freundin/Bekannte(r) Betreuer(in)

Bitte sagen Sie uns, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind

GHD Apotheke Pflegedienst

Pflegedienst Bitte nennen Sie – nach Möglichkeit – den betreuenden Pflegedienst (falls oben noch nicht genannt)

Name/Adresse des Pflegedienstes _____ Stempel _____

Ihr Pflegepaket

Bitte auswählen und ankreuzen.
Wir übertragen Ihre Daten für Sie auf den Antrag zur Kostenübernahme.



CuraPack

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 |
| 100 Einmalhandschuhe (puderfrei, unsteril) Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Material: <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Nitril 25 Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion | 100 Einmalhandschuhe (puderfrei, unsteril) Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Material: <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Nitril 50 Bettschutzeinlagen 500 ml Flächendesinfektion | 100 Einmalhandschuhe (puderfrei, unsteril) Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Material: <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Nitril 25 Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 100 Einmal-Mundschutz, unsteril 500 ml Hände-/Hautdesinfektion |
| <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 100 Einmalhandschuhe Vinyl (puderfrei) Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Material: <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Nitril 75 Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) | 100 Einmalhandschuhe (puderfrei, unsteril) Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Material: <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Nitril 25 Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 500 ml Händedesinfektion 100 Schutzschürzen | 100 Einmalhandschuhe Vinyl (puderfrei) Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL Material: <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Vinyl <input type="checkbox"/> Nitril 25 Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) 500 ml Flächendesinfektion 100 Einmal-Mundschutz (unsteril) |

Dieses Feld ist unbedingt auszufüllen

Lieferung/Lieferadresse Die monatliche Lieferung des CuraPack-Pflegepaketes soll bitte erfolgen:

an die/den Versicherte(n)/Pflegebedürftige(n) an die/den Angehörige(n)/Pflegeperson an den Pflegedienst

Die Lieferung erfolgt innerhalb der ersten 10 Arbeitstage jeden Monats.
Tragen Sie hier bitte ein, an welchem Wochentag die Lieferung erfolgen soll
(z. B. 1. Montag im Monat oder 2. Mittwoch im Monat).

Dieses Feld ausfüllen und unterschreiben

Einwilligung zur Erhebung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten

Einwilligungserklärung zur Datenerhebung (bitte ankreuzen und unterschreiben).

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten durch die GHD GesundHeits GmbH Deutschland zu Zwecken der Begründung und Durchführung dieses Vertrags gemäß der datenschutzrechtlichen Bestimmungen erhoben, verarbeitet und genutzt. Die Datenschutzinformationen habe ich zur Kenntnis genommen.

X

X

Ort/Datum

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Einwilligungserklärung für Werbung.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine oben angegebenen personenbezogenen Daten durch die GHD GesundHeits GmbH Deutschland zu Zwecken der an mich gerichteten Kundeninformation- und Betreuung zu den Themenkreisen Hilfs- und Pflegehilfsmittel mit Schwerpunkt häusliche Pflege per Post per E-Mail per Telefon erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden und ich entsprechend dem/den angekreuzten Kommunikationsmittel(n) kontaktiert werde. Dieser Einwilligung kann ich jederzeit telefonisch unter 0800-5890373 (gebührenfrei), schriftlich GHD GesundHeits GmbH Deutschland, Servicecenter Erkrath, Albert-Einstein-Straße 7-9, 40699 Erkrath oder per E-Mail servicecentererkrath@gesundheitsgmbh.de widersprechen.

X

Datum, Unterschrift

Sehr geehrter Kunde,

Datenschutz ist Vertrauensschutz und hat für uns als Gesundheitsunternehmen einen sehr hohen Stellenwert. Wir möchten Ihnen auf dieser Seite die von der Datenschutz Grundverordnung der EU (DSGVO) vorgeschriebenen Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten in komprimierter Form zur Verfügung stellen.

Unsere vollständige Datenschutzerklärung finden Sie unter www.gesundheitsgmbh.de/datenschutz/

Sollten Sie Fragen haben, können Sie sich jederzeit an unseren Konzerndatenschutzbeauftragten unter folgenden Kontaktdaten wenden.

1. Konzerndatenschutzbeauftragter und Verantwortlicher

Sie erreichen den Konzerndatenschutzbeauftragten des Verantwortlichen bei der GHD GesundHeits GmbH Deutschland unter:

GHD GesundHeits GmbH Deutschland
-Datenschutzbeauftragter-
Fritz-Reuter-Straße 2
22926 Ahrensburg,
Deutschland
Tel.: 04102 / 5167 0
E-Mail: datenschutz@gesundheitsgmbh.de

2. Zweck der Datenerhebung/-verarbeitung und rechtliche Grundlagen

Wir erheben und verarbeiten personenbezogene Daten und besondere Kategorien von personenbezogenen Daten (Gesundheitsdaten) unserer Kunden zur Erfüllung unserer vertraglichen Pflichten ihnen bzw. Ihren Kostenträgern gegenüber. Hierbei dient uns Art. 6 Abs. 1 lit. a bzw. Art. 9 Abs. 2 lit. a DSGVO als Rechtsgrundlage.

Sofern Sie uns gegenüber erklärt haben, über WhatsApp mit uns kommunizieren zu wollen, werden personenbezogene Daten wie Name und Telefonnummer an ein WhatsApp Rechenzentrum übertragen.

3. Ihre Rechte

Sie haben ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Widerspruch und Datenübertragbarkeit Ihrer personenbezogenen Daten. Darüber hinaus haben Sie das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren (Art. 77 Abs. 1 DSGVO). Eine erteilte Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft und ohne Angaben von Gründen widerrufen werden.

4. Dauer der Speicherung

Wir speichern Ihre personenbezogenen Daten so lange, wie es die jeweilige Geschäftsbeziehung, insbesondere handels- und steuerrechtliche Vorgaben, erfordern. Nach Ablauf der Frist werden die entsprechenden Daten routinemäßig gelöscht, sofern sie nicht mehr zur Vertragserfüllung oder Vertragsanbahnung erforderlich sind.