Antrag auf Kostenübernahme (Seite 1/2)

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

VitalSet®

1 Versicherte/r:

☐ Frau ☐ Herr	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:		Telefon / Mobil:
PLZ:	Ort:	
E-mail:		Geburtsdatum:
Krankenkasse:		Versichertennr.:

2 Antrag auf Kostenübernahme:

☒ 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

Wird grundsätzlich benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
☐	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

3 Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

☐ Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene **(PG 51)** im Wert von 26,16 € pro Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v.H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt

Stückzahl (nach Bedarf)	*Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene*	*Positionsnummer*
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4	Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (75 x 85 cm)	51.40.01.4

Hiermit bevollmächtige ich Vitalset mit der Antragstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln bei meiner zuständigen Pflegekasse in meinem Namen. Die erforderliche Kommunikation erfolgt ausschließlich durch Vitalset, welche meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, der Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber Vitalset solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie Vitalset als meinen Leistungserbinger für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Gewünschte Produkte werden von mir ausnahmslos für die ambulante private Pflege im angegebenen Umfang bezogen.

4

✕ _____ Datum

✕ _____ Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

Bitte zurück an die Faxnummer **040 / 34 99 99 990**

☐ PG 54 bis 40,- € monatlich ☐ PG 51 ohne Zzgl./Beihilfeberechtigter **IK 330205143**

☐ PG 54 bis 20,- € monatlich ☐ PG 51 mit Zzgl./Beihilfeberechtigter ☐ PG 51 ohne Zzgl. ☐ PG 51 mit Zzgl.

Datum _____ IK der Pflegekasse / Stempel / Unterschrift _____

Bestellformular (Seite 2/2)

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

VitalSet®

5 Name der / des Versicherten/Pflegebedürftigen

Frau ☐	Vorname:	Name:
Herr ☐	Telefon:	E-Mail:

Pflegegrad **(Bitte unbedingt angeben!)** ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Ich habe keinen Pflegegrad

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

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

Frau ☐	Vorname:	Name:
Herr ☐	Telefon:	PLZ / Ort:
Straße/Nr.:		E-Mail:

Pflegeperson ist: ☐ Ehe-/Lebenspartner ☐ Schwieger-Tochter/Sohn ☐ Mutter/Vater ☐ Freund(in)/Bekannte(r)

Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt: ☐ ja ☐ nein

7 Boxenauswahl

☐ BOX 1 ☐ BOX 2 ☐ BOX 3 ☐ BOX 4 ☐ BOX 5 ☐ BOX 6

8

☐ **Individuelle Box** *(Wir werden Sie telefonisch kontaktieren und mit Ihnen Ihre eigene Box zusammenstellen.)*

9 Lieferadresse

☐ **an die/den Versicherte(n) Pflegebedürftige(n)**

☐ **an die/den Angehörige(n) Pflegeperson** ☐ **an den Pflegedienst**

ACHTUNG: Bitte beiliegende Vollmacht ausfüllen und an uns zurücksenden

10 Rechnungsempfänger *Rechnungen werden nur bei Privatpatienten verschickt!*

☐ Versicherte(r) / Pflegebedürftige(r) ☐ Angehörige(r)/ Pflegeperson

11 Pflegedienst

Bitte nennen Sie den betreuenden Pflegedienst

Name/Adresse Pflegedienst (Stempel:)

Referenz/Partnernummer:

☐ Ich wünsche, dass der genannte Pflegedienst die folgenden Leistungen erbringt:

- *Information über den gesetzlichen Anspruch auf die Erstattung von zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln*
- *Unterstützung bei der Auswahl der geeigneten Produkte und Bearbeitung des Antragsformulars*
- *Einweisung in die sach- und fachgerechte Nutzung der Produkte*

12

Einmalhandschuhe (Größe):

☐ **S** ☐ **M** ☐ **L** ☐ **XL**

Lieferrhythmus: ☐ Monatlich ☐ Alle 2 Monate

Bitte beachten Sie, dass bei Lieferrhythmus „Alle 2 Monate" die Pauschale aus dem Vormonat verfällt!

Abtretungs / Beauftragung / AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit beauftrage ich die Vitalset (Sorbenstraße 22, 20537 Hamburg, Tel 040 / 34 99 99 900, UST-ID Nr..DE328462284, Steuer-Nr. 46/237/03164, Geschäftsführer Dimitri Steinfeuer) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zum Verbrauch durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Angtragssteller/Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an Vitalset ab. Hiermit gestatte ich die Verarbeitung, Speicherung meiner personenbezogenen Daten und sensiblen Daten zum Zweck der Lesitungsbringung durch Vitalset sowie die Weitergabe dieser Daten an Kooperationspartner zu vorgenannten Zwecken und habe jederzeit das Recht, mein Einverständnis zu widerrufen, z. B. mit einer E-Mail an info@vitalset.de. Weitere Informationen hierzu finde ich in den Datenschutzhinweisen (einzusehen auf der Rückseite dieses Antrags).

13

X _____ X _____

Datum Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)