# 1 Bestellformular
## für unsere Pflegesets

Die Gesundheitsmacher!®
apocare GmbH
Homecare Beratung

**Tel.:** 09545/92887-10 • **Fax:** 09545/92887-19

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!**

### Versicherte/r (gemäß Antrag auf Kostenübernahme)

| | | |
|---|---|---|
| ◯ Frau ◯ Herr | Nachname: | Vorname: |

### Pflegeperson (Angehörige/r bzw. wichtige private Pflegeperson)

| | | | |
|---|---|---|---|
| ◯ Frau ◯ Herr | Nachname: | Vorname: | |
| Straße, Haus-Nr.: | | Adresszusatz: | |
| PLZ: | Ort: | | |
| E-Mail: | | Telefon: | |
| Pflegeperson ist: ◯ Ehe-/Lebens-partner | ◯ Tochter/Sohn | ◯ Verwandte/r | ◯ Bekannte/r |

### Pflegedienst (falls vorhanden)

| | |
|---|---|
| Name des Pflegedienstes/der Sozialstation: | |
| Straße, Haus-Nr.: | |
| PLZ: | Ort: |

### Die Lieferung der Box soll erfolgen an:

| | | |
|---|---|---|
| ◯ den Versicherten | ◯ die Pflegeperson | ◯ den Pflegedienst |

### Wählen Sie Ihr gewünschtes Pflegeset

| | | |
|---|---|---|
| ● **Pflegeset 1**<br>Bettschutzeinlagen x50<br>Einmalhandschuhe x200<br>1 | ● **Pflegeset 2**<br>Bettschutzeinlagen x50<br>Einmalhandschuhe x100<br>Händedesinfektion 500 ml<br>2 | ● **Pflegeset 3**<br>Einmalhandschuhe x200<br>Händedesinfektion 500 ml<br>Flächendesinfektion 1000 ml<br>3 |
| ● **Pflegeset 4 - individuell** Gewünschter Inhalt (Produkt und Menge):<br>4 | | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Handschuhgröße ◯ S ◯ M ◯ L ◯ XL | | | | | |
| ◯ Fingerlinge | Anzahl: | ◯ Schutzschürzen (Einmalgebrauch) | Anzahl: | ◯ Schutzschürzen (wiederverwendbar) | Anzahl: |
| ◯ 2-3 wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (waschbar) | | | | | |

Das von mir gewählte Pflegeset kann ich jeden Monat neu festlegen. Änderungen werde ich der apocare GmbH rechtzeitig mitteilen. Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/den Pflegedienst zur Entgegennahme der Pakete von apocare GmbH.

| | |
|---|---|
| Datum | Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers |

# 2 Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

nach §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

Die Gesundheitsmacher!®
apocare GmbH
Homecare Beratung

**Tel.:** 09545/92887-10 • **Fax:** 09545/92887-19

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!**

## Versicherte/r

| | | |
|---|---|---|
| ○ Frau ○ Herr | Nachname: | Vorname: |
| Straße, Haus-Nr.: | | Adresszusatz: |
| PLZ: | Ort: | |
| Telefon: | | Geburtstdatum: |
| Kenn-Nr. Pflegekasse: | | Pflegegrad: ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 |
| Pflegekasse: | | Versicherten-Nr.: |

**Ich beantrage die Kostenübernahme für:**
zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis max. zum monatlichen Höchstbetrag nach §40 Abs. 2 SGB XI; bei Beihilfeberechtigung bis max.

| **Bitte Inhalt Ihrer Box ankreuzen** | **Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel** | **Pflegehilfsmittelpositions-Nr.** |
|---|---|---|
| ○ | Einmalhandschuhe | 54.99.01.1001 |
| ○ | Schutzschürzen (Einmalgebrauch) | 54.99.01.3001 |
| ○ | Mundschutz | 54.99.01.2001 |
| ○ | Handdesinfektionsmittel | 54.99.02.0001 |
| ○ | Flächendesinfektionsmittel | 54.99.02.0002 |
| ○ | Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) | 54.45.01.0001 |
| ○ | Fingerlinge | 54.99.01.1001 |

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

| **Bitte wie gewählt ankreuzen** | **Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene** (pro Stück 26,16 €) | **Pflegehilfsmittelpositions-Nr.** |
|---|---|---|
| ○ | 2-3 wiederverwendbare Bettschutzeinlagen | 51.40.01.4127 |

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 und dauerhaft benötigt werden. Bitte verzeichnen Sie die Apocare GmbH, als Leistungserbringer der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme. Die Apocare GmbH darf meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und nutzen sowie zur Durchführung des Antragsverfahrens und der Abrechnung an den Dienstleister AVP Dienstleistungs GmbH übermitteln.

| | |
|---|---|
| Datum | Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers |

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse** (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

**Apocare GmbH IKNR 330942065**

- ○ PG 54 bis maximal zum monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- ○ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- ○ PG 51 mit Zuzahlung
- ○ PG 51 ohne Zuzahlung
- ○ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- ○ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

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

# 1 Ausfüllhilfe
## Bestellformular für unsere Pflegesets

Die Gesundheitsmacher!®
apocare GmbH
Homecare Beratung

**Tel.:** 09545/92887-10 • **Fax:** 09545/92887-19

1 **Persönliche Daten des Versicherten**
(Selbstzahler und Privatversicherte: bitte Info-kasten auf der Rückseite beachten)

2 **Persönliche Daten der Pflegeperson**

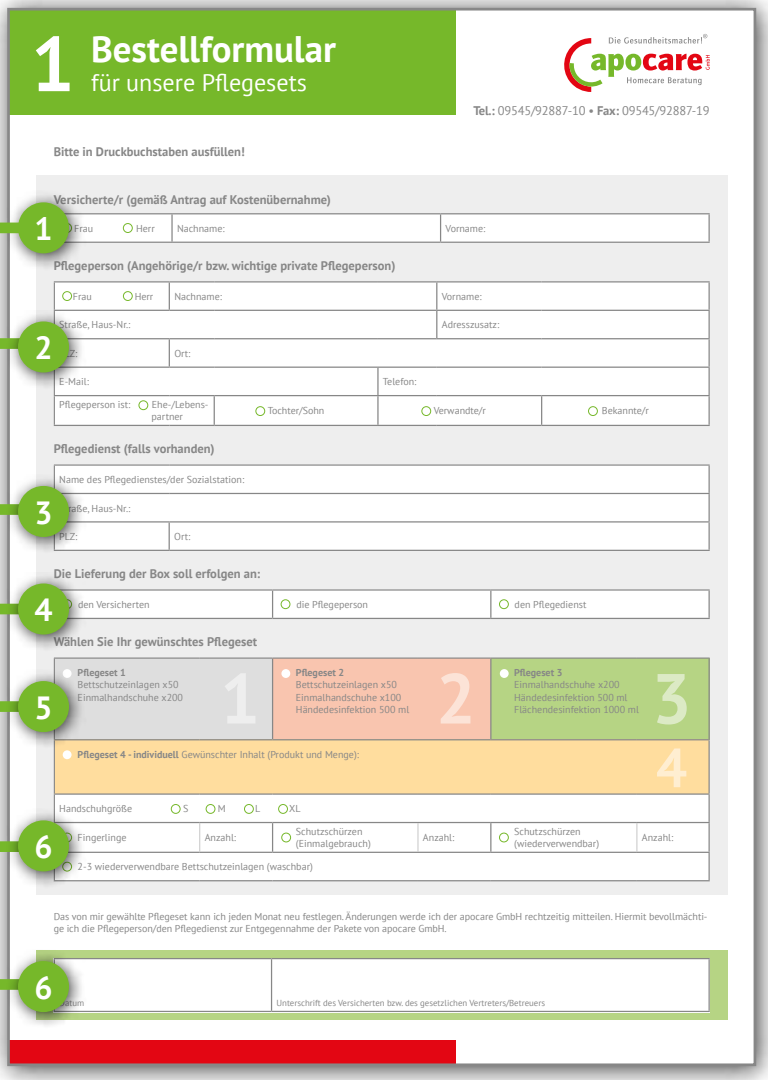
3 **Informationen des betreuenden Pflegedienstes (falls vorhanden)**

4 **Empfänger des Pflegesets ankreuzen**

5 **Ihr gewünschtes Pflegeset auswählen und Handschuhgröße ankreuzen.** Das Pflegeset 4 wird individuell nach Ihren Wünschen für Sie zusammengestellt.

6 **Zusätzlich können auch zwei waschbare Bettschutzeinlagen zur Wiederverwendung beantragt werden** (Lieferung 1x im Jahr)

7 **Datum und Unterschrift**



1 **Bestellformular**
für unsere Pflegesets

Die Gesundheitsmacher!® apocare GmbH Homecare Beratung
Tel.: 09545/92887-10 • Fax: 09545/92887-19

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Versicherte/r (gemäß Antrag auf Kostenübernahme)
○ Frau ○ Herr | Nachname: | Vorname:

Pflegeperson (Angehörige/r bzw. wichtige private Pflegeperson)
○ Frau ○ Herr | Nachname: | Vorname:
Straße, Haus-Nr.: | Adresszusatz:
PLZ: | Ort:
E-Mail: | Telefon:
Pflegeperson ist: ○ Ehe-/Lebens-partner ○ Tochter/Sohn ○ Verwandte/r ○ Bekannte/r

Pflegedienst (falls vorhanden)
Name des Pflegedienstes/der Sozialstation:
Straße, Haus-Nr.:
PLZ: | Ort:

Die Lieferung der Box soll erfolgen an:
○ den Versicherten ○ die Pflegeperson ○ den Pflegedienst

Wählen Sie Ihr gewünschtes Pflegeset
○ **Pflegeset 1** Bettschutzeinlagen x50, Einmalhandschuhe x200 — 1
○ **Pflegeset 2** Bettschutzeinlagen x50, Einmalhandschuhe x100, Händedesinfektion 500 ml — 2
○ **Pflegeset 3** Einmalhandschuhe x200, Händedesinfektion 500 ml, Flächendesinfektion 1000 ml — 3
○ **Pflegeset 4 - individuell** Gewünschter Inhalt (Produkt und Menge): — 4
Handschuhgröße ○ S ○ M ○ L ○ XL
○ Fingerlinge | Anzahl: | ○ Schutzschürzen (Einmalgebrauch) | Anzahl: | ○ Schutzschürzen (wiederverwendbar) | Anzahl:
○ 2-3 wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (waschbar)

Das von mir gewählte Pflegeset kann ich jeden Monat neu festlegen. Änderungen werde ich der apocare GmbH rechtzeitig mitteilen. Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/den Pflegedienst zur Entgegennahme der Pakete von apocare GmbH.

Datum | Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

## Benötigen Sie weitere Hilfe beim Ausfüllen Ihrer Formulare?

Gern steht Ihnen unsere telefonische Beratung persönlich unter der folgenden Service-Rufnummer zur Verfügung.

**09545 92887-10** **Montag - Freitag** 8 - 17:00 Uhr

# 2 Ausfüllhilfe

## Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

Die Gesundheitsmacher!®
apocare GmbH
Homecare Beratung

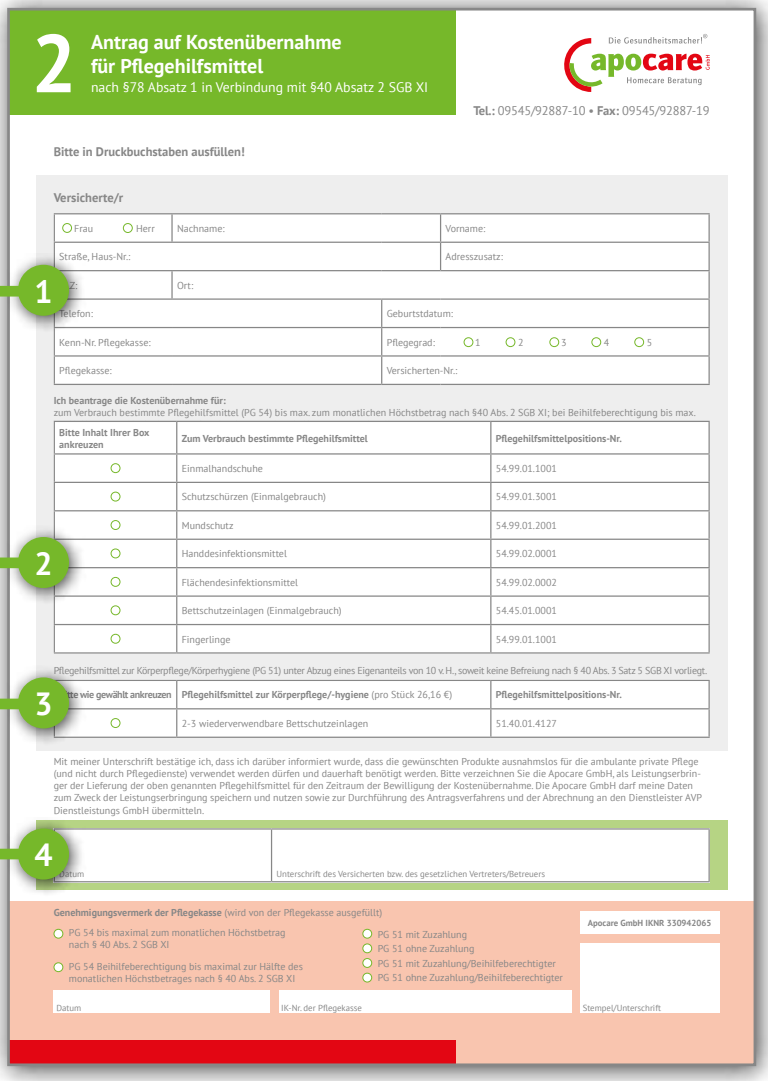
**Tel.:** 09545/92887-10 • **Fax:** 09545/92887-19

**1** **Persönliche Daten des Versicherten**
(Selbstzahler und Privatversicherte: bitte Info-kasten auf der Rückseite beachten)

**2** **Bitte zutreffende Inhalte Ihres auf Formular 1 gewählten Pflegesets ankreuzen**

**3** **Falls Sie die wiederverwendbaren Bettschutz-einlagen auf Formular 1 beantragt haben, bitte ankreuzen**

**4** **Datum und Unterschrift**



**2 Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel**
nach §78 Absatz 1 in Verbindung mit §40 Absatz 2 SGB XI

Die Gesundheitsmacher!® apocare GmbH Homecare Beratung
Tel.: 09545/92887-10 • Fax: 09545/92887-19

**Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!**

**Versicherte/r**

| | | |
|---|---|---|
| ○ Frau ○ Herr | Nachname: | Vorname: |
| Straße, Haus-Nr.: | | Adresszusatz: |
| PLZ: | Ort: | |
| Telefon: | | Geburtstdatum: |
| Kenn-Nr. Pflegekasse: | | Pflegegrad: ○ 1 ○ 2 ○ 3 ○ 4 ○ 5 |
| Pflegekasse: | | Versicherten-Nr.: |

**Ich beantrage die Kostenübernahme für:**
zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG 54) bis max. zum monatlichen Höchstbetrag nach §40 Abs. 2 SGB XI; bei Beihilfeberechtigung bis max.

| Bitte Inhalt Ihrer Box ankreuzen | Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel | Pflegehilfsmittelpositions-Nr. |
|---|---|---|
| ○ | Einmalhandschuhe | 54.99.01.1001 |
| ○ | Schutzschürzen (Einmalgebrauch) | 54.99.01.3001 |
| ○ | Mundschutz | 54.99.01.2001 |
| ○ | Handdesinfektionsmittel | 54.99.02.0001 |
| ○ | Flächendesinfektionsmittel | 54.99.02.0002 |
| ○ | Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch) | 54.45.01.0001 |
| ○ | Fingerlinge | 54.99.01.1001 |

Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

| Bitte wie gewählt ankreuzen | Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (pro Stück 26,16 €) | Pflegehilfsmittelpositions-Nr. |
|---|---|---|
| ○ | 2-3 wiederverwendbare Bettschutzeinlagen | 51.40.01.4127 |

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 und dauerhaft benötigt werden. Bitte verzeichnen Sie die Apocare GmbH, als Leistungserbringer der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme. Die Apocare GmbH darf meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und nutzen sowie zur Durchführung des Antragsverfahrens und der Abrechnung an den Dienstleister AVP Dienstleistungs GmbH übermitteln.

| Datum | Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers |
|---|---|

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse** (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

- ○ PG 54 bis maximal zum monatlichen Höchstbetrag nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- ○ PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal zur Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- ○ PG 51 mit Zuzahlung
- ○ PG 51 ohne Zuzahlung
- ○ PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- ○ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

Apocare GmbH IKNR 330942065

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

## Benötigen Sie weitere Hilfe beim Ausfüllen Ihrer Formulare?

Gern steht Ihnen unsere telefonische Beratung persönlich unter der folgenden Service-Rufnummer zur Verfügung.

**09545 92887-10** **Montag - Freitag** 8 - 17:00 Uhr