Anleitung zum Ausfüllen des Antrags und des Bestellformular für die Bestellung der Pflegehilfsmittelpakete

Als Pflegebedürftige/r oder Angehörige/r haben Sie einen Anspruch auf eine monatliche Versorgung mit zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln im Wert von 40 €. Das sind z.B. Desinfektionsmittel, saugende Bettschutzeinlagen, Einmalhandschuhe, Mundschutz oder ähnliche Produkte. Voraussetzung ist, dass ein Pflegegrad 1 – 5 vorliegt. Ebenfalls muss eine häusliche Pflege oder in einer Wohngemeinschaft bestehen. Es sind keine Zuzahlungen zu leisten (Ausnahme: Saugende Bettschutzeinlagen – Wiederverwendbar, 10 % max. 25 €).

Vorgehensweise für die Bestellung von Pflegepaketen:

1. Bestellformular vollständig ausfüllen. Ein Paket aussuchen und entsprechend ankreuzen. Bitte die Unterschrift nicht vergessen.
2. Zusätzlich den Antrag auf Kostenübernahme für die Pflegekasse (Anlage 4- „zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln“) ausfüllen. Wichtig ist, dass Sie Ihre Pflegekasse und Ihre Versichertennummer in dem dafür vorgesehenen Feld eintragen. Bitte nur bis zum Abschnitt „Genehmigungsvermerk der Pflegekasse“. In dem unteren Bereich wird die Pflegekasse den Genehmigungsvermerk vornehmen. Deshalb dort KEINE ANGABEN machen.
   Bitte kreuzen Sie nur die Verbrauchsmittel an, die Sie bekommen möchten und benötigen. Wichtig ist, dass alle Felder ausgefüllt werden und die Unterschrift nicht vergessen wird.
3. Den Antrag (Anlage 4) sowie das Bestellformular bitte an uns übermitteln. Das können Sie mit dem Freiumschlag an die ägnw-direkt GmbH & Co. KG, Ofener Straße 7, 26121 Oldenburg senden, oder per Fax: 0441 – 219 706 33.

4. Sind die erforderlichen Formulare und die Genehmigung der Pflegekasse bei der ägnw-direkt eingegangen, senden wir Ihnen das gewünschte Paket zu. Die Beantragung bei der Pflegekasse und die Abrechnung werden direkt von der ägnw-direkt übernommen. Der Sie müssen nichts weiter unternehmen.

Die Belieferung der Pflegehilfsmittelpakete erfolgt monatlich. Sollte ein anderes Paket gewünscht werden oder die Versorgung beendet werden, teilen Sie uns das bitte mit.

Melden Sie sich gerne, wenn Fragen offen sind:

Ihr ägnw-direkt-Team

Tel.: 0441 – 219 706 30
Fax: 0441 – 219 706 33
E-Mail: kontakt@aegnw-direkt.de

Anlage 4 zum Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gem. § 78 Absatz 1 i.V.m. § 40 Absatz 2 SGB XI

ägnw-direkt
. . . von Ihrer ärztegenossenschaft ägnw eG

Antrag auf Kostenübernahme

(Name, Vorname) (Geburtsdatum) (Pflegekasse, Versichertennummer)

(Anschrift: Straße, PLZ, Ort)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

❒ Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe (PG 54) - bis maximal des Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI /bei Beihilfeberechtigung bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
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

❒ 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

benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	saugende Bettschutzeinlagen –wiederverwendbar	51.40.01.4

❒ durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
ägnw-direkt GmbH & Co. KG, Ofener Str. 7, 26121 Oldenburg	330345222

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden.

(Datum und Unterschrift der/des Versicherten bzw. Bevollmächtigten)

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse:

❒ 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/Beihilfeberechtigter
❒ PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

(Datum) (IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

Ihr Bestellformular für die kostenlose Lieferung Ihrer Pflegehilfsmittel

gem. §78 Abs. 1 in Verbindung mit § 40 Abs. 2 SGB XI

ägnw-direkt
. . . von Ihrer ärztegenossenschaft ägnw eG

Daten der/des Patientin/en

☐ Frau ☐ Herr

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Tel. / E-Mail: _____

Daten der Pflegeperson/Betreuer:

☐ Frau ☐ Herr ☐ ist als Betreuer gesetzlich bevollmächtigt (Kopie der Vollmacht erforderlich)

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Tel. / E-Mail: _____

Pflegedienst:

Name: _____ Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____ PLZ, Ort: _____

Tel. / E-Mail: _____

Auswahl des Pflegehilfsmittelpakets:

☐ **Paket 1**
Bettschutzeinlage, 25 ST
Einmalhandschuhe*, 200 ST
Händedesinfektion, 500 ml
Flächendesinfektion, 500 ml

☐ **Paket 2**
Einmalhandschuhe*, 200 ST
Händedesinfektion, 1 l
Flächendesinfektion, 500 ml

☐ **Paket 3**
Bettschutzeinlagen, 50 ST
Einmalhandschuhe*, 100 ST
Händedesinfektion, 500 ml

☐ **Paket 4**
Einmalhandschuhe*, 300 ST
Händedesinfektion, 500 ml
Flächendesinfektion, 500 ml

☐ **Paket 5**
Bettschutzeinlagen, 75 ST
Einmalhandschuhe*, 100 ST

☐ **Paket 6**
Einmalhandschuhe*, 100 ST
Mundschutz, 50 ST
Flächendesinfektion, 1 l
Schürzen, 100 ST

☐ **Paket 7**
Einmalhandschuhe*, 100 ST
Händedesinfektion, 1 l
Schürzen, 100 ST

☐ **Paket 8**
Einmalhanschuhe*, 100 ST
Händedesinfektion, 500 ml
Flächendesinfektion, 500 ml
Schürzen, 100 ST

* Bitte wählen Sie Ihre Handschuhgröße: ☐ **S** ☐ **M** ☐ **L** ☐ **XL**

Lieferung des Pakets:

☐ Eigene Adresse ☐ Betreuer ☐ Pflegedienst

_____ _____

Ort/Datum Unterschrift Patient / Beteuer