

SANIMED GmbH
Gildestr. 68
49479 Ibbenbüren

Telefon 0800/ 10 000 90
Telefax 05451 / 923 9500
pflegehilfsmittel@sanimed.de
www.sanimed.de
IK 330551143

Bei vorhandenem Pflegegrad: Kostenlose Pflegehilfsmittel

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir möchten Ihnen ein interessantes und vor allem **kostenloses Angebot** vorstellen.

Gerade während der Corona-Pandemie ist der **persönliche Schutz** für pflegende Angehörige und Pflegebedürftige sehr wichtig. Pflegehilfsmittel helfen Ihnen, sich und Ihre Angehörigen mit **hochwertigen professionellen Produkten** zu schützen.

Wir haben mit den Pflegekassen eine Vereinbarung getroffen, wodurch Sie bei bestehendem Pflegegrad bestimmte **Pflegehilfsmittel** im Wert von bis zu 40 Euro **monatlich kostenlos** beziehen können.

Und so einfach geht es:

1. **Wählen Sie Ihr Pflegepaket (hier entstehen keine Mehrkosten) aus und kreuzen die Produkte auf dem beiliegenden Antragsformular an.**

A 75 Bettschutzunterlagen 100 Einmalhandschuhe	B 25 Bettschutzunterlagen 100 Einmalhandschuhe 30 Mundschutz 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	C 50 Bettschutzunterlagen 100 Einmalhandschuhe 30 Mundschutz 500 ml Flächendesinfektion
D 200 Einmalhandschuhe 30 Mundschutz 50 Schutzschürzen 500 ml Händedesinfektion 500 ml Flächendesinfektion	E 200 Einmalhandschuhe 1000 ml Händedesinfektion 1000 ml Flächendesinfektion	F Wunschkpaket Stellen Sie sich ein Paket nach Ihrem Bedarf zusammen

2. **Jetzt nur noch das Formular ausfüllen, unterschreiben und an SANIMED zurücksenden.** Der Antrag kann gerne auch per Fax oder per Mail als PDF übermittelt werden.
3. **Nach Genehmigung Ihrer Pflegekasse beliefern wir Sie jeden Monat automatisch mit den ausgewählten Artikeln.**

Für Fragen stehen wir Ihnen unter unserer kostenlosen Service-Nr.: 0800/10 000 90 gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

SANIMED GmbH
Team Pflegehilfsmittel

Antrag auf Kostenübernahme



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

IK 330551143

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen: BCOK



<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Vorname:	Name:
Straße/Nr.:		PLZ/Ort:
Geb.-Datum:	Kd.-Nr.:	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Telefon:		E-Mail:
Pflegekasse:		Versicherten-Nr.:

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel - Produktgruppe 54 - bis maximal 40,00 € monatlich (bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 €).

Verbrauchsmittel (PG 54)	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	wird von der Pflegekasse ausgefüllt	
			genehmigt	nicht genehmigt
Saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmalhandschuhe Größe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmal-Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einmallätzchen	<input type="checkbox"/>	54.99.01.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Händedesinfektion	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flächendesinfektion	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geben Sie hier bitte an, welches Pflegepaket (A-F) Ihrer Auswahl entspricht				

Wiederverwendbare Krankenunterlagen (PG 51) unter Abzug des Eigenanteils von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Verbrauchsmittel (PG 51) (zusätzlich zu den 40,00 € können jährlich bis zu 4 waschbare Bettschutzeinlagen beantragt werden)	Stück (Anzahl eintragen)	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	wird von der Pflegekasse ausgefüllt	
			genehmigt	nicht genehmigt
Saugende Bettschutzeinlagen (wiederverwendbar)		51.40.01.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich beauftrage die SANIMED GmbH mit der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. 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.

Datum _____ Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuer _____

✗ _____ ✗ _____

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis 40 € monatl.
 PG 54 bis 20 € monatl.
 PG 51 mit Zuzahlung
 PG 51 ohne Zuzahlung
 PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigte
 PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigte

Datum _____ Stempel/Unterschrift der Pflegekasse _____