

SANIMED GmbH
Gildestr. 68
49479 Ibbenbüren

Telefon 05451 / 923 411
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 in Zeiten mit verstärkter Infektionsgefahr (z. B. Corona, Grippe) 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 unterschreiben und im beiliegenden Freiumschlag an uns 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 Service-Nr.: 05451 923 411 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:

<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 (mehrere Größen möglich)	<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"/>
Händedesinfektion	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flächendesinfektion <input type="checkbox"/> flüssig <input type="checkbox"/> Tücher (auch beides möglich)	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutzservietten zum Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.4001	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP2-Masken)	<input type="checkbox"/>	54.99.01.5001	<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/Ui _____

WAHLRECHTSBESTÄTIGUNG

Versicherter: Name, Vorname	Kundennummer
------------------------------------	---------------------

PLZ, Ort	Straße, Haus-Nr.	Geburtsdatum
----------	------------------	--------------

Krankenkasse, Vers.-Nr.

Vertreter / Betreuer (Name, Vorname / Straße, Haus-Nr. / PLZ, Ort / Tel.-Nr.)

Die SANIMED GmbH hat mich umfassend in allen Fragen rund um das/die Hilfsmittel beraten.
Die SANIMED GmbH ist der Leistungserbringer meiner Wahl. Ich bin darüber informiert worden, dass ich jederzeit, jedoch frühestens nach Ablauf des Genehmigungszeitraums, einen anderen Leistungserbringer wählen kann.

Hiermit mache ich (gem. § 33 i.V. m § 2 Abs. 3 SGB V) von meinem Wahlrecht Gebrauch und übertrage der SANIMED GmbH den Versorgungsauftrag für die Belieferung mit Produkten zur Versorgung mit Pflegehilfsmitteln zum Verbrauch.

mit Wirkung vom: _____ erlischt der Lieferauftrag meines bisherigen

Lieferanten, _____.

Die Hilfsmittel zur Versorgung in den hier genannten Versorgungsfeldern dürfen ausschließlich von der SANIMED bezogen werden.

Bis zu einem möglichen Widerruf verpflichte ich mich, ab diesem Datum keine ärztliche Verordnung zu o. g. Versorgungsbereich an einen anderen Leistungserbringer zu geben oder Leistungen zu beziehen. Sich hieraus ggf. ergebende Doppelversorgungen werden nicht von meiner Krankenkasse übernommen und gehen zu meinen Lasten. Die so entstandenen Mehrkosten sind von mir zu tragen.

Hiermit beauftrage ich die SANIMED GmbH meine Krankenkasse über meine Wahl zu informieren.

Ausdrücklich bestätige ich, dass die SANIMED zur Bestellung der zu meiner Hilfsmittelversorgung notwendigen Verordnungen berechtigt ist, wenn erforderlich.

Dieses schließt eine eventuelle Übergabe bzw. das Zusenden der Verordnungen an die SANIMED bzw. ihre Mitarbeiter durch meinen behandelnden Arzt mit ein.

Datenübermittlung und Datenschutz

Ich bin damit einverstanden, dass im Rahmen der Versorgung meine Daten bzw. Krankheitsdaten an die SANIMED GmbH weitergegeben werden. Die SANIMED GmbH wird diese Daten vertraulich behandeln und nur unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen nutzen. Eine Weitergabe erfolgt zu Abrechnungszwecken an einen Abrechnungsdienstleister und den zuständigen Kostenträger (z. B. Krankenkasse).

Weiterhin erfolgt eine anonymisierte Erfassung zu statistischen Zwecken.

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Ich wurde darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit und ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen widerrufen kann. Bitte beachten Sie: Je nach Vertrag ist ein Wechsel des Leistungserbringers aber ggf. nur zu bestimmten Zeitpunkten möglich. Hierzu geben wir Ihnen jederzeit gerne Auskunft.

Eine Kopie dieser Einwilligung ist mir ausgehändigt worden.

Ort, Datum, Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters