

**WICHTIGE INFORMATION!**

**Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel**

Sehr geehrte Damen und Herren,

die Pflegekasse übernimmt für Versicherte mit einem festgestelltem Pflegegrad die Kosten für „zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (PG54)“ bis zu einem Höchstbetrag von monatlich 40,- EUR.

Wir haben für Sie 5 verschiedene Pflege-Sets zusammengestellt, für welche Ihnen keine Mehrkosten entstehen. Weiter haben Sie die Möglichkeit sich Ihr Set individuell zusammenzustellen. Eventuell anfallende Mehrkosten (Überschreitung der 40,- EUR) sind in diesem Fall von Ihnen zu tragen.

So erhalten Sie Ihr Pflege-Set:

Schritt 1: **„Auswahl Pflege-Set“** ausfüllen

Schritt 2: **„Antrag auf Kostenübernahme (Anlage 4)“** ausfüllen

Schritt 3: **beide Formulare mittels beiliegendem Rückumschlag an REHA aktiv 2000 senden**

Um alle weiteren Schritte kümmern wir uns für Sie. Nach der Genehmigung des Antrages durch die Pflegekasse erhalten Sie, dass von Ihnen ausgewählte Pflege-Set per DHL.

Folgebestellungen lösen Sie telefonisch aus. Hierfür stehen wir Ihnen Montag bis Freitag von 8:00 – 18:00 Uhr unter der **kostenfreien Telefonnummer 0800 – 734 25 36** zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Team der REHA aktiv 2000 GmbH

# Auswahl Pflege-Set

Wählen Sie aus sechs verschiedenen Varianten

## Name der/des Versicherte(n)/Pflegerbedürftige(n)

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

## Angehörige(r) (bzw. die wichtigste private Pflegeperson oder die/der Betreuer(in))

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

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

Pflegeperson ist gesetzlich bevollmächtigt:  ja  nein

## Pflegedienst (falls vorhanden)

Name: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_

Die **Lieferung** soll erfolgen an: (bitte ankreuzen)

die/den Versicherte(n)/Pflegerbedürftige(n)  die/den Angehörige(n)/Pflegeperson  den Pflegedienst

## Auswahl Ihres Pflege-Sets (Bitte nur ein Kreuz)

**Pflege-Set 1**

30 Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)  
100 Einmalhandschuhe Vinyl (puderfrei)  
Größe:  S  M  L  XL  
500 ml Händedesinfektion  
500 ml Flächendesinfektion

**Pflege-Set 2**

50 Stück Mundschutz  
100 Einmalhandschuhe Vinyl (puderfrei)  
Größe:  S  M  L  XL  
100 Schutzschürzen  
500 ml Flächendesinfektion

**Pflege-Set 3**

60 Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)  
500 ml Händedesinfektion

**Pflege-Set 4**

300 Einmalhandschuhe Vinyl (puderfrei)  
Größe:  S  M  L  XL  
500 ml Händedesinfektion  
500 ml Flächendesinfektion

**Pflege-Set 5**

100 Einmalhandschuhe Vinyl (puderfrei)  
Größe:  S  M  L  XL  
60 Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)

**Pflege-Set (individuell) 6**

-----  
-----  
-----  
-----

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Kunde oder Bevollmächtigte/r

## Datenschutzerklärung

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, einschließlich der Gesundheitsdaten, von der REHA aktiv 2000 GmbH verwendet und, sofern für die Versorgung notwendig, an Dritte (z.B. zuständiger Pflegedienst) weitergegeben werden. Über notwendige Pflege-, Wartungs- und Instandhaltungsarbeiten darf mich die REHA aktiv 2000 GmbH fernmündlich, schriftlich oder auf elektronischem Wege informieren.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Kunde oder Bevollmächtigte/r

## Widerrufsbelehrung:

Diese Erklärung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden. Der Widerruf ist zu richten an:

POST: REHA aktiv 2000 GmbH, Stichwort „Widerruf“, Platanenstraße 2, 07747 Jena

MAIL: [widerruf@reha-aktiv2000.de](mailto:widerruf@reha-aktiv2000.de)

FAX: 03641 - 30 36 10

# Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

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

<b>Name der/des Versicherte(n)/Pflegerbedürftige(n)</b>	
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr	Name: _____ Vorname: _____
Straße/Nr.: _____	PLZ/Ort: _____
Pflegekasse: _____	Geburtsdatum: _____
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Versicherten-Nr.: _____

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 40,- € monatlich bzw. bei Beihilfeanspruch 20,- € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.

Verbrauchsmittel (Produktgruppe 54)	zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen		54.45.01.0001
Einmalhandschuhe		54.99.01.0001
Mundschutz		54.99.01.2001
Schutzschürzen		54.99.01.3001
Händedesinfektionsmittel		54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel		54.99.02.0002

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/hygiene (Produktgruppe 51).

Verbrauchsmittel (Produktgruppe 51)	benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar (max. 2 Stück)		51.40.01.4

Ich beauftrage die REHA aktiv 2000 GmbH mit der Belieferung und der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte zeichnen Sie die REHA aktiv 2000 GmbH, mit Eingang dieses Antrages, als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen – sofern vorhanden – meinen bisherigen Lieferanten.

Ich bestätige, dass die beantragten Pflegehilfsmittel zur Erleichterung meiner Pflege dienen. Die Mittel werden im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt. Änderungen meines Bedarfs werde ich sofort mitteilen. Die Pflegehilfsmittel werden ausschließlich für meine private Pflege verwendet. Meine Daten dürfen von der REHA aktiv 2000 GmbH zum Zweck der Leistungserbringung genutzt werden.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift Kunde oder Bevollmächtigte(r)

## Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

- PG 54 bis 40,- €     PG 54 bis 20,- €  
 PG 51 mit Eigenanteil     PG 51 ohne Eigenanteil

IK-Nummer der Pflegekasse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum / Stempel / Unterschrift

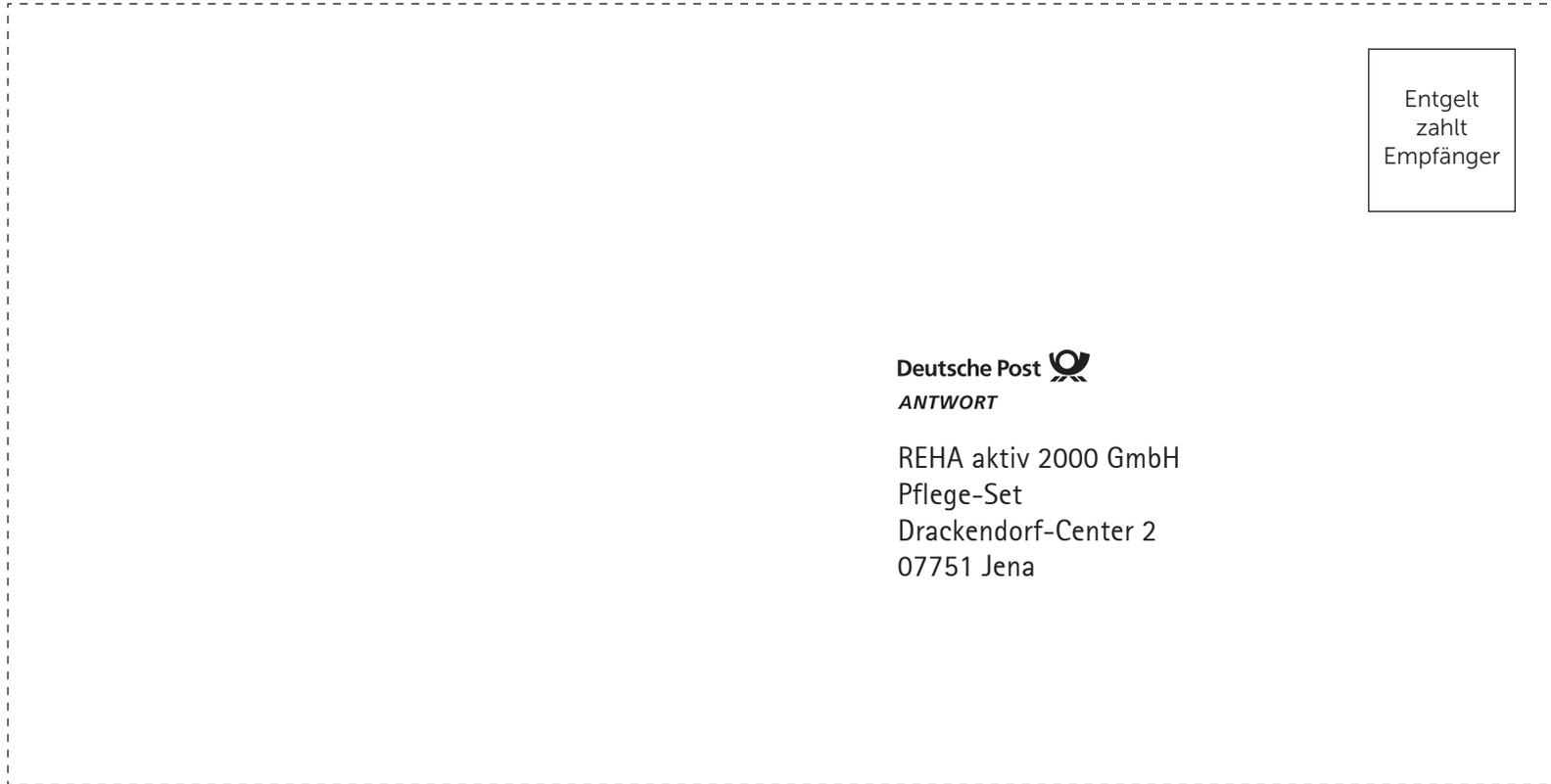
# Das Pflege-Set

## Übersicht der erstattungsfähigen zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel (PG54)

<p><b>Saugende Bettschutzeinlage</b></p> <p>Zuverlässig nimmt die Bettschutzeinlage zum einmaligen Gebrauch Flüssigkeit auf. Die Haut des Patienten bleibt somit trocken und die Matratze wird vor Nässe geschützt.</p> <p><i>Preis inkl. MwSt: 12,92 EUR für 30 Stück</i></p>	
<p><b>Einmalhandschuhe</b></p> <p>Dient zum Schutz der Hände von Patienten und Pflegern bei der täglichen Pflege. Dieses Produkt ist im Pflegebereich unabdingbar.</p> <p><i>Preis inkl. MwSt: 7,18 EUR für 100 Stück</i></p>	
<p><b>Mundschutz</b></p> <p>Durch einen Mundschutz soll die Infektionsübertragung auf den Patienten verhindert oder die Wahrscheinlichkeit einer Infektionsübertragung vermindert werden.</p> <p><i>Preis inkl. MwSt: 7,18 EUR für 50 Stück</i></p>	
<p><b>Schutzschürze</b></p> <p>Eine Schutzschürze sollte zum Schutz vor Partikelverschleppung oder als Nässeschutz bei der Patientenpflege, z. B. beim Waschen oder Baden getragen werden.</p> <p><i>Preis inkl. MwSt: 13,34 EUR für 100 Stück</i></p>	
<p><b>Händedesinfektion</b></p> <p>Bei der täglichen Hygiene darf auf ein Handdesinfektionsmittel nicht verzichtet werden. Die Händedesinfektion dient zur Keimreduzierung sowie zur Verhinderung der Keimübertragung von Patienten und Pflegern.</p> <p><i>Preis inkl. MwSt: 8,21 EUR für 500 ml</i></p>	
<p><b>Flächendesinfektion</b></p> <p>Zur sicheren Entfernung von Keimen auf verschiedenen Oberflächen und sollte täglich zur Anwendung kommen.</p> <p><i>Preis inkl. MwSt: 6,16 EUR für 500 ml</i></p>	

# So kommt Ihr Antrag für Pflegehilfsmittel kostenlos zu uns.

Einfach ausschneiden, auf Ihren Briefumschlag kleben und Porto sparen.



Drucken Sie dieses Blatt aus und schneiden Sie es entlang der gestrichelten Linie aus. Kleben Sie es nun auf einen normalen Briefumschlag auf. Legen Sie bitte das Formular „1. Auswahl Pflege-Set“ sowie das Formular „2. Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel“ in den Umschlag und senden diesen (kostenfrei) zu uns. Das Porto zahlen wir für Sie.



+