

Beauftragung Hilfsmittel-Versorgung

Gemäß Vertrag über die Versorgung der Versicherten mit zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln gemäß § § 78 Abs. 1 in Verbindung mit 40 Abs. 2 SGB XI

(Bearbeitungsvermerk Fullcare JS GmbH)



1. Pflegebedürftige(r) (Pflichtangaben)

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Name:	<input type="text"/>	Krankenkasse / Ort:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Versicherten-Nr.:	<input type="text"/>
Straße / Nr.:	<input type="text"/>	Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
PLZ / Ort:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>		
Werden Sie bereits mit Pflegehilfsmitteln versorgt?			
<input type="checkbox"/> Ja, derzeitiger Versorger ist:	<input type="text"/>	Wechsel gewünscht?	<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nein			<input type="checkbox"/> Nein

2. Angehörige(r) / Pflegeperson / Betreuer (Wichtig für die Antragstellung)

Name:	<input type="text"/>	Straße, Nr.:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>	E-Mail:	<input type="text"/>

3. Pflegedienst / Sozialstation (nur falls vorhanden: Stempel od. Name und Anschrift)

4. Auswahl Pflege-Set (wählen Sie zwischen 5 Varianten)

<input type="checkbox"/> Care-Set 1	<input type="checkbox"/> Care-Set 2	<input type="checkbox"/> Care-Set 3
25 Stk. Bettstutzeinlagen 400 Stk. Einmalhandschuhe	200 Stk. Einmalhandschuhe 500 ml. Händedesinfektion 500 ml. Flächendesinfektion 25 Stk. Bettstutzeinlagen	25 Stk. Bettstutzeinlagen 100 Stk. Einmalhandschuhe 500 ml. Händedesinfektion 100 Stk. Schutzschürzen
<input type="checkbox"/> Care-Set 4	<input type="checkbox"/> Care-Set 5	
100 Stk. Einmalhandschuhe 500 ml. Flächendesinfektion 100 Stk. Schutzschürzen	200 Stk. Einmalhandschuhe 100 Stk. Schutzschürzen 1000 ml. Flächendesinfektion	

Handschuhe	Lieferung an:
<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> Pflegebedürftigen
<input type="checkbox"/> M*	<input type="checkbox"/> Angehörigen
<input type="checkbox"/> L	<input type="checkbox"/> Pflegedienst
<input type="checkbox"/> XL	

**Standard bei Nichtauswahl*

Möchten Sie bei Bewilligung durch die Kasse zusätzlich wiederverwendbare Bettstutzeinlagen erhalten? Ja
(Die Pflegekasse verlangt eine Kostenbeteiligung, falls Sie nicht zuzahlungsbefreit sind) Nein

5. Belieferung / Nutzungsbedingungen

Ich beauftrage die **Fullcare JS GmbH, Oranienburgerstrasse 256, 13437 Berlin (IK: 331108205)** als Leistungserbringer mit der regelmäßigen, versandkostenfreien Belieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel, der Benachrichtigung der Pflegekasse über erfolgreiche Lieferungen an meine bevorzugte Lieferadresse, der Abrechnung der Kosten mit meiner Pflegekasse und darüber hinaus in meinem Namen Widerspruch gegen die Genehmigung der Pflegekasse einzulegen, falls eine Bewilligung in meinem Sinne nicht erfolgt.

X

Datum, Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Antrag auf Kostenübernahme

IK-Nummer:

331108205

Name:	<input type="text"/>	Krankenkasse / Ort:	<input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	Versicherten-Nr.:	<input type="text"/>
Straße / Nr.:	<input type="text"/>	Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
PLZ / Ort:	<input type="text"/>	Geburtsdatum:	<input type="text"/>

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

- zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI / bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte 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	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	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
Fullcare JS GmbH, Oranienburgerstrasse 256 , 13437 Berlin	331108205

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.

X

(Datum und Unterschrift der / des Versicherten)

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

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

(Datum)

Wechselerklärung

Dieses Formular dient der Kenntnissnahme Ihrer Pflegekasse über einen Lieferantenwechsel in Bezug auf Ihre Pflegehilfsmittelversorgung.



Name und Anschrift der Pflegekasse

Name der/des Versicherten/Pflegebedürftigen		Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen						
Frau	Herr	Vorname: _____	Name: _____					
Straße/Nr.: _____		Geburtsdatum: _____						
PLZ/Ort: _____		Pflegegrad: _____		1	2	3	4	5
Telefon: _____		Pflegekasse: _____						
E-Mail: _____		Versicherten-Nr.: _____						

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit kündige ich den Bezug der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel bei meinem bisherigen Leistungserbringer zum _____ . Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch.

ab dem _____ möchte ich die Pflegehilfsmittel für mich bzw. meine Pflegeperson

von folgendem Leistungserbringer beziehen:

Fullcare JS GmbH

Oranienburgerstrasse 256

13437 Berlin

331108205

IK-Nr. des Leistungserbringers

Bitte übertragen Sie die bisherige Kostenzusage auf den neuen Leistungserbringer. Vielen Dank.

Mit freundlichen Grüßen

X

Datum

X

Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)