Ortho Form Sauerland

Antrag auf Kostenübernahme* für Pflegehilfsmittel

Bitte einsenden an unseren Kooperationspartner:
Standard Systeme GmbH, Schellerdamm 22-24, 21079 Hamburg
oder ausgefüllt per E-Mail an **ortho-form-sauerland@pflegehilfeset.de**

IK-Nr.: **330 204 836**
per Fax: **0800 1010978**
Telefon: **0800 5015637**

Versicherteninformationen (bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

☐ **Herr** ☐ **Frau** **Kunden-Nr. (falls vorhanden):** _____

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____ **Geburtsdatum:** _____

Telefon: _____ **Pflegekasse:** _____

E-Mailadresse: _____ **Versicherungsnummer:** _____

Pflegegrad: ☐ **1** ☐ **2** ☐ **3** ☐ **4** ☐ **5**

Ich beantrage die Kostenübernahme für zum Verbauch bestimmte Pflegehilfsmittel (Produktgruppe PG 54 bzw. bei Beihilfeberechtigung bis 50 % monatlich). Darüber hinaus entstehende Kosten werden von mir selbst getragen.

☐ **Erstbestellung Pflegehilfsmittel**

☐ **Lieferantenwechsel ab:** _____

Artikel PG 54	**Pflegehilfsmittel-positionsnummer**	**Beantragt**		**Wird von der Pflegekasse ausgefüllt** **Genehmigt**	
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
Saugende Bettschutzauflage (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
Mundschutz	54.99.01.2001	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
FFP2-Masken	54.99.01.5001	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
Fingerlinge	54.99.01.0001	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
Einmallätzchen/Schutzserviette	54.99.01.4001	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein
Artikel PG 51					
Waschbare Bettschutzauflage (Mehrfachverwendung)	51.40.01.04	☐ ja	☐ nein	☐ ja	☐ nein

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10 v.H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte im angegebenen Umfang dauerhaft benötigt und ausschließlich für meine ambulante private Pflege verwendet werden. Änderungen meines Bedarfs werde ich Ihnen sofort mitteilen.

Ich beauftrage die Standard Systeme 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. Bitte hinterlegen Sie die Standard Systeme GmbH mit Eingang dieses Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie ggf. bereits vorhandene, andere Lieferanten. Die Standard Systeme GmbH und die beauftragten Unternehmen dürfen meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten.

Diesbezüglich verweisen wir auf unsere Datenschutzerklärung unter https://www.pflegehilfeset.de/kontakt/datenschutz. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie zudem, dass Sie die AGB der Standard Systeme GmbH zum PflegehilfeSet zur Kenntnis genommen haben und diese akzeptieren.

Genehmigungsvermerk
(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

☐ **PG54**

☐ **PG54** bis 50 % monatlich (Beihilfeberechtigung)

Institutskennzeichen der Pflegekasse

Datum: _____

X _____
Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

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

Version 07-2022