

Bitte einsenden an:
Ortho Form Sauerland GmbH & Co. KG
Siegener Str. 29, 57368 Lennestadt

In Kooperation mit:
Standard Systeme GmbH
Großmooring 7, 21079 Hamburg

IK-Nr.: **330 204 836**
per Fax: **0800 1010978**
Tel.: **040 767319-0**

oder ausgefüllt per E-Mail an pflegehilfeset@ortho-form-sauerland.de

Versicherte/r

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 Verbrauch 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	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Beantragt		Wird von der Pflegekasse ausgefüllt Genehmigt	
		ja	nein	ja	nein
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
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001	ja	nein	ja	nein
Fingerlinge	54.99.01.0001	ja	nein	ja	nein
Waschbare Bettschutzauflage (Mehrfachverwendung)	51.40.01.04	ja	nein	ja	nein
Einmälzchen/Schutzserviette	54.99.01.4001	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.

Datum: _____

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

Genehmigungsvermerk
(wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

PG54

PG54 bis 50 % monatlich
(Beihilfeberechtigung)

Institutskennzeichen der Pflegekasse

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