

Bitte einsenden an:  
**Standard Systeme GmbH**  
Großmooring 7, 21079 Hamburg

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

**Beispiele für Pakete** (Änderungen vorbehalten.)**PAKET 1 – Persönlicher Schutz**

Mundschutz weiß, 3-lagig  
Einmal-Schutzschürzen  
Händedesinfektion  
Einmalhandschuhe

**PAKET 2 – Hygiene/Desinfektion**

Händedesinfektion  
Flächendesinfektion  
Einmalhandschuhe  
Einmal-Bettschutzeinlagen

**PAKET 3 – Inkontinenz Pflege**

Einmal-Bettschutzeinlagen  
Einmalhandschuhe  
Händedesinfektion

**Ich interessiere mich für diese Pflegehilfsmittel** (bitte ankreuzen):

- Einmalschutzschürzen
- Händedesinfektion
- Flächendesinfektion
- Mundschutz
- Einmalhandschuhe
- Bettschutzeinlagen
- Fingerlinge
- Waschbare Bettschutzauflage

Bitte kontaktieren Sie mich für die genaue Zusammenstellung meines PflegehilfeSets.

Erstbestellung Pflegehilfsmittel

Lieferantenwechsel ab:

\_\_\_\_\_

**Bitte Lieferinformationen ausfüllen****Versicherte/r**

Herr    Frau    Kunden-Nr. (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

**Pflegeperson** – bitte wichtigste private Pflegeperson oder Betreuer eintragen

Herr    Frau

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Ehe-/Lebenspartner

Als Betreuer gesetzlich bevollmächtigt

(Schwieger-)tochter/(Schwieger-)sohn

Nicht gesetzlich bevollmächtigt

Sonstiger Angehöriger/Freund

**Pflegedienst/Sozialstation** – bitte ausfüllen (falls zutreffend)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Lieferadresse** – bitte unbedingt ausfüllen

Versicherte/r

Pflegeperson/Betreuung

Pflegedienst

Die getroffene Auswahl des Standard PflegehilfeSets kann jeden Monat neu durch mich festgelegt werden. Eine Änderung werde ich rechtzeitig mitteilen. Die kostenlosen Standard PflegehilfeSets werden bei Kostenübernahme durch meine Pflegekasse von der Standard Systeme GmbH geliefert. Bei einem Widerruf der Bewilligung kann die Standard Systeme GmbH die Lieferung beenden. Die Standard Systeme GmbH und die beauftragten Unternehmen dürfen meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten. Diesbezüglich verweist Standard Systeme auf die Datenschutzerklärung unter <https://www.pflegehilfeset.de/kontakt/datenschutz/>. Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, dass ich die AGB der Standard Systeme GmbH zum PflegehilfeSet zur Kenntnis genommen habe und diese akzeptiere. Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/Betreuung bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme meiner PflegehilfeSets.

Bitte informieren Sie mich per E-Mail über interessante Angebote. Diese Einwilligung kann jederzeit am Ende jedes Newsletter oder per Mail an [aktuell@standardsysteme.de](mailto:aktuell@standardsysteme.de) widerrufen werden.

Datum: \_\_\_\_\_

X

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/s Pflegebedürftigen bzw. des gesetzlichen Vertreters/Betreuers

Bitte einsenden an:  
**Standard Systeme GmbH**  
Großmooring 7, 21079 Hamburg

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

**Versicherte/r**

Herr    Frau

Kunden-Nr. (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_      Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mailadresse: \_\_\_\_\_

Pflegekasse/  
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.

Artikel	Pflegehilfsmittel- positionsnummer	Wird von der Pflegekasse ausgefüllt Genehmigt	
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	ja	nein
Saugende Bettschutzeinlage (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001	ja	nein
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	ja	nein
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	ja	nein
Mundschutz	54.99.01.2001	ja	nein
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001	ja	nein
Fingerlinge	54.99.01.0001	ja	nein
Waschbare Bettschutzauflage (Mehrfachverwendung)	51.40.01.04	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