

Bitte einsenden an:
Standard Systeme GmbH, Schellerdamm 22-24, 21079 Hamburg
oder ausgefüllt per E-Mail an info@pflegehilfeset.de

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

Beispiele für Pakete (Änderungen vorbehalten)

PAKET 1
Einmal-Schutzschürzen, 100 St.
Einmalhandschuhe, 100 St.
Händedesinfektion, 500 ml
Mundschutz, 50 St.

PAKET 2
Einmalhandschuhe, 100 St.
Einmal-Bettschutzauflage, 25 St.
Flächendesinfektion, 500 ml
Händedesinfektion, 500 ml

PAKET 3
Einmal-Bettschutzauflage, 25 St.
Einmalhandschuhe, 100 St.
Händedesinfektion, 500 ml
Mundschutz, 50 St.

PAKET 4
Einmalhandschuhe, 100 St.
Flächendesinfektion, 500 ml
FFP2-Masken, 10 St.
2x Händedesinfektion, 500 ml

Mein Wunschpaket (bitte ankreuzen):
<input type="checkbox"/> Einmal-Schutzschürzen, 100 St.
<input type="checkbox"/> Mehrfach-Schutzschürze, 1 St.
<input type="checkbox"/> Händedesinfektion, 500 ml Flüssig Gel
<input type="checkbox"/> Flächendesinfektion, 500 ml
<input type="checkbox"/> Flächendesinfektionstücher, 80 St.
<input type="checkbox"/> Mundschutz Erwachsene, 50 St.
<input type="checkbox"/> Mundschutz Kinder, 30 St.
<input type="checkbox"/> FFP2-Masken, 10 St.
<input type="checkbox"/> Einmalhandschuhe, 100 St Material: Vinyl Latex Nitril Größe: S M L XL XXL
<input type="checkbox"/> Fingerlinge, 100 St.
<input type="checkbox"/> Einmallätzchen, 100 St.
<input type="checkbox"/> Einmal-Bettschutzauflagen, 25 St.
<input type="checkbox"/> Mehrfach-Bettschutzauflage, 3 St.

Lieferinformationen (bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Versicherte:

Herr Frau divers

Name, Vorname: _____

Nächste:r Angehörige:r/Betreuer:in

Herr Frau divers

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Ehe-/Lebenspartner:in

Betreuer:in

(Schwieger-)tochter/(Schwieger-)sohn

Sonstige:r Angehörige:r/Freund:in: _____

Pflegedienst/Sozialstation – bitte ausfüllen (falls zutreffend)

Name: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail-Adresse: _____

Lieferadresse – bitte unbedingt ausfüllen

Versicherte:r	Nächste:r Angehörige:r/Betreuer:in	Pflegedienst
_____	_____	_____

Die getroffene Auswahl des PflegehilfeSets kann jeden Monat neu durch mich festgelegt werden. Etwaige Änderungswünsche werde ich rechtzeitig mitteilen. Die kostenlosen PflegehilfeSets werden bei Kostenübernahme durch meine Pflegekasse von der Standard Systeme GmbH geliefert. Jegliche Änderung der Bezugsberechtigung (Verlust des Pflegegrads, Krankenhausaufenthalt, o. Ä.) ist unverzüglich mitzuteilen, andernfalls kann die Standard Systeme GmbH die fälligen Rechnungsbeträge bei der gesetzlich bevollmächtigten Person einfordern. 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 GmbH auf die Datenschutzerklärung unter www.pflegehilfeset.de/datenschutz. Mit meiner Unterschrift bestätige ich zudem, dass ich die AGB der Standard Systeme GmbH unter www.pflegehilfeset.de/agb 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 Newsletters oder per Mail an aktuell@standardsysteme.de widerrufen werden.

Datum: _____

✕

Unterschrift der/des Pflegebedürftigen bzw. der/des gesetzlich Bevollmächtigten

Bitte einsenden an:
Standard Systeme GmbH, Schellerdamm 22-24, 21079 Hamburg
oder ausgefüllt per E-Mail an info@pflegehilfeset.de

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

Versicherteninformationen (bitte leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen)

Herr Frau divers

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____ Geburtsdatum: _____

Telefon: _____ Pflegekasse: _____

E-Mailadresse: _____ Versichertennummer: _____

Pflegegrad: ja nein

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
--

Artikel PG 54	Pflegehilfsmittel-positionsnummer	Wird vom Antragsstellenden ausgefüllt Beantragt	Wird von der Pflegekasse ausgefüllt Genehmigt	
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Saugende Bettschutzauflage (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001	ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001	ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002	ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mundschutz	54.99.01.2001	ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
FFP2-Masken	54.99.01.5001	ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001	ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fingerlinge	54.99.01.0001	ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einmallätzchen/Schutzserviette	54.99.01.4001	ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Artikel PG 51				
Waschbare Bettschutzauflage (3 St.)	51.40.01.04	ja	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ich beantrage die Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (PG 51) unter Abzug einer Zuzahlung von 10 %, 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/datenschutz>. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie zudem, dass Sie die AGB der Standard Systeme GmbH zum PflegehilfeSet unter <https://www.pflegehilfeset.de/agb> zur Kenntnis genommen haben und diese akzeptieren.

Datum: _____

X

Unterschrift der/des Pflegebedürftigen bzw. der/des gesetzlich Bevollmächtigten

<p>Genehmigungsvermerk (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)</p> <p><input type="checkbox"/> PG54</p> <p><input type="checkbox"/> PG54 bis 50 % monatlich (Beihilfeberechtigung)</p> <p>Institutskennzeichen der Pflegekasse</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
--

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