

# Über PflegePaket im Abo

## Antrag auf Kostenübernahme für Pflegehilfsmittel

### Kunde

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

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

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Versichertennr.: \_\_\_\_\_

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

### Pflegeperson - Bitte wichtigste private Pflegeperson oder Betreuer eintragen!

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

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

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

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

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

Bezug zum Kunden:

\_\_\_\_\_

Pflegegrad:  ja  nein Grad \_\_\_\_\_

Lieferung an:  Kunde  Pflegeperson



Bitte wählen Sie eines der Pakete.

In Paket „C“ können Sie 4 Produkte individuell zusammen stellen. Tragen Sie dafür die Anzahl entsprechend ein.

A	B	C	Artikel PG 54	Positionsnummer
1	1		Einmalhandschuhe, 100 Stück, Größe: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL	54.99.01.1001
1	1		saugende Bettschutzauflage, 25 Stück (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
1	2		Händedesinfektionsmittel, 500ml	54.99.02.0001
1			Flächendesinfektionsmittel, 500ml	54.99.02.0002
			Mundschutz, 50 Stück	54.99.01.2001
			Schutzschürzen, 100 Stück (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
			Fingerlinge, 100 Stück	54.99.01.0001
			waschbare Bettschutzauflage (Mehrfachverwendung)	51.40.01.0400

[x] durch folgenden Leistungserbringer:

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
Über GmbH, Ladestraße 2, 26441 Jever	330344777

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 Über 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 Über GmbH mit Eingang dieses Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie ggf. bereits vorhandene, andere Lieferanten. Die Über GmbH und die beauftragten Unternehmen dürfen meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten. Hiermit bevollmächtige ich meine Pflegeperson bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme meines Pflegepaketes.

Bitte informieren Sie mich telefonisch oder per E-Mail über interessante Neuerungen. Dieser Einwilligung kann jederzeit per E-Mail an [info@uberteam.de](mailto:info@uberteam.de) widerrufen werden.

\_\_\_\_\_

Datum und Unterschrift des Kunden oder eines gesetzlichen Vertreters

**Genehmigungsvermerk** (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)

PG54 Institutskennzeichen

PG54 bis 50% monatlich \_\_\_\_\_