

# MEDI-PAKET

## Bestellschein

Wir helfen Ihnen gerne!  
0621 391 56 59 28

✗ Wählen Sie Ihr Pflegepaket aus (bitte ankreuzen):

MEDI-Paket	1	2	3	4	Wunschkpaket*
Bettschutzeinlagen	30 Stk.	-	2x30 Stk.	30 Stk.	
Einmalhandschuhe	100 Stk.	100 Stk.	100 Stk.	-	
Händedesinfektion	500 ml	500 ml	-	-	
Flächendesinfektion in 60 Stk. Tüchern	500 ml	2x 500 ml	500 ml	500 ml	
Flächendesinfektion	-	-	-	-	
Mundschutz	50 Stk.	-	-	-	
FFP2-Masken	-	10 Stk.	-	-	
Einmalschürze	-	-	-	-	
Waschbarer Schutzlatz (Frottee)	-	-	-	1 Stk.	

\* bis maximal 40€

Handschuhgröße: S M L XL Handschuhmaterial: Vinyl Nitril

Ich wünsche eine regelmäßige Lieferung jeweils zum 5. 10. 15. 20. des Monats.

### Pflegebedürftige Person

Lieferanschrift

Vorname

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Pflegegrad (bitte unbedingt angeben) 1 2 3 4 5

### Pflegende Person

Lieferanschrift

Vorname

Name

Straße/Nr.

PLZ/Ort

### Pflegedienst

Lieferanschrift

Name des Pflegedienstes

Straße/Nr.

PLZ/Ort

Telefon

Ansprechpartner

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich meine zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel in Zukunft über die Firma MEDI-MARKT beziehe und zeitgleich keinen anderen Leistungserbringer in Anspruch nehme. Ich willige hiermit in die Verwendung meiner oben genannten Daten ein. Die Datenschutzhinweise und AGB sind unter [www.besser-leben.de/datenschutz](http://www.besser-leben.de/datenschutz) einsehbar.

Ort, Datum

✗

Unterschrift



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

**Antrag auf Kostenübernahme**

.....  
 (Name, Vorname)

(Geburtsdatum)

(Pflegekasse)

(Versichertennummer)

.....  
 (Anschrift: Straße, PLZ, Wohnort)

**Ich beantrage die Kostenübernahme für:**

**zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI. Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Zutreffendes ankreuzen	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
Saugende Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.45.01.0001
Fingerlinge	<input type="checkbox"/>	54.99.01.0001
Einmalhandschuhe Größe: <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	54.99.01.1001
Mundschutz	<input type="checkbox"/>	54.99.01.2001
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3001
Schutzschürzen - wiederverwendbar	<input type="checkbox"/>	54.99.01.3002
Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0001
Flächendesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	54.99.02.0002

**Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene (PG 51) unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.**

Benötigte Stückzahl	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/Körperhygiene	Pflegehilfsmittelpositionsnummer
	Saugende Bettschutzeinlagen – wiederverwendbar	51.40.01.4

**durch folgenden Leistungserbringer:**

Name und Anschrift	Institutionskennzeichen (sofern bekannt)
MEDI-MARKT Homecare GmbH, Dynamostraße 3, 68165 Mannheim	330 823 185

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.**

.....  
 (Datum und Unterschrift der/des Versicherten oder Bevollmächtigte/r)

**Genehmigungsvermerk der Pflegekasse**

- PG 54  
 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
- PG 54 Beihilfeberechtigung  
 bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI

- PG 51 mit Zuzahlung
- PG 51 ohne Zuzahlung
- PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
- PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter

.....  
 (Datum)

.....  
 (IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift)

