

Versicherte/r:

1.1	Herr	Frau	Vorname:	Nachname:
	Telefon / Mobil:			E-Mail:

Angehörige/r (bzw. die wichtigste private Pflegeperson oder die/ der Betreuer/in):

1.2	Herr	Frau	Vorname:	Nachname:
	Straße, Nr.:			Telefon / Mobil:
	PLZ, Ort:			E-Mail:


Lieferung an:

1.3	den Versicherten	den Angehörigen
-----	------------------	-----------------

Auswahl (monatlich wechselbar):

1.4	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	
	Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	Schutzschürzen - wiederverwendbar
	Fingerlinge	Schutzservietten zum Einmalgebrauch
	Einmalhandschuhe (S, M, L, XL)	Händedesinfektionsmittel
	Medizinische Gesichtsmasken	Flächendesinfektionsmittel
	Partikelfiltrierende Halbmasken	Händedesinfektionstücher
	Schutzschürzen - Einmalgebrauch	Flächendesinfektionstücher

Bestellung:

1.5		Bitte tragen Sie Ihre Telefonnummer ein, damit wir telefonisch, gemeinsam Ihren Bedarf ermitteln können. →	Individuelle Box (Auswahlmöglichkeiten siehe 1.4) Unter dieser Telefonnummer können Sie mich anrufen:
			<input type="text"/>

Abtretungserklärung / Beauftragung / AGB (zur Abrechnung mit den Pflegekassen notwendig)

Hiermit beauftrage ich die Pflegehilfsmittel FOKUS GmbH (Bundesallee 185, 10717 Berlin; Tel: 030 620 015 44; Registergericht: Amtsgericht Charlottenburg; Handelsregister: HRB Nr. 274870; Geschäftsführer Onur Cürebal) mit der Beantragung und Abwicklung der Kostenübernahme durch meine Pflegekasse inklusive der Abrechnung. Ich trete als Antragsteller / Leistungsnehmer meinen etwaigen Kostenerstattungsanspruch gemäß § 398 BGB gegenüber der Pflegekasse an die Pflegehilfsmittel FOKUS GmbH ab. Hiermit gestatte ich den Austausch von Daten mit Kooperationspartnern zum Zweck der Leistungserbringung. Ich akzeptiere die AGB der Pflegehilfsmittel FOKUS GmbH und bin über mein Widerrufsrecht informiert worden. Ich habe jederzeit das Recht, die Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen.



Ort, Datum



Unterschrift Versichte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Versicherte/r:

Rot markierte Felder unbedingt ausfüllen!

2.1	Herr	Frau	Vorname:	Nachname:
Straße, Nr.:			Geburtsdatum:	
PLZ, Ort:				
Krankenkasse:			Pflegegrad:	1 2 3 4 5
Versicherten-Nr.:				

Antrag auf Kostenübernahme:

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.

2.2 Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel

Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch	54.45.01.0001	Schutzschürzen - wiederverwendbar	54.99.01.3002
Fingerlinge	54.99.01.0001	Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001
Einmalhandschuhe	54.99.01.1001	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
Partikelfiltrierende Halbmasken	54.99.01.5001	Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014
Schutzschürzen - Einmalgebrauch	54.99.01.3001	Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015

Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen:

2.3 Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene (PG 51) im Wert von 26,16 € pro Stück unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H. soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI vorliegt.

2.4	Stückzahl (nach Bedarf)	Pflegehilfsmittel zur Körperpflege / Körperhygiene	Positionsnummer
	1 2 3 4	Wiederverwendbare Bettschutzeinlagen (75 x 85 cm)	51.40.01.4

Hiermit bevollmächtige ich die Pflegehilfsmittel FOKUS GmbH mit der Antragsstellung, Belieferung und Abwicklung hinsichtlich der Gewährung von Leistungen für die Versorgung mit meine Daten zum Zwecke der Leistungserbringung nutzen darf. Ich bin über mein Recht informiert worden, die Weitergabe meiner Daten an Dritte zu widerrufen. Ich befreie meine Pflegekasse von ihrer Geheimhaltungspflicht gegenüber der Pflegehilfsmittel FOKUS GmbH, solange die Leistungspflicht besteht. Bitte verzeichnen Sie die Pflegehilfsmittel FOKUS GmbH als meinen Leistungsbringer für Pflegehilfsmittel und Empfänger der Kostenübernahmebestätigung der Pflegekasse und streichen Sie bereits vorhandene Leistungserbringer. Ich wurde vor der Übergabe der Pflegehilfsmittel von der Pflegehilfsmittel FOKUS GmbH umfassend beraten. Mit meiner heutigen Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson (und nicht durch Pflegedienste oder Einrichtungen der Tagespflege) verwendet werden dürfen.



Ort, Datum



Unterschrift Versichte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Genehmigung der Pflegekasse (wird von der Pflegekasse ausgefüllt)Bitte zurück an die Faxnummer **030 627 210 34**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis 40,- € monatlich | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zzlg./Beihilfeberechtigter |
| <input type="checkbox"/> PG 54 bis 20,- € monatlich | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zzlg. <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zzlg. <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zzlg./Beihilfeberechtigter |

Datum _____ IK der Pflegekasse / Stempel / Unterschrift _____