

Versicherte/r:
Rot markierte Felder unbedingt ausfüllen!

1	Herr	Frau	Vorname:		Nachname:		
	Telefon:				E-Mail:		
Pflegegrad:		1	2	3	4	5	Ich habe keinen Pflegegrad
Versicherte(r) ist:		gesetzlich pflegeversichert		privat pflegeversichert			
		beihilfeberechtigt		über Ortsamt/Sozialamt versichert			

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

2	Herr	Frau	Vorname:		Nachname:	
	Straße, Nr.:				Telefon / Mobil:	
PLZ, Ort:			E-Mail:			
Pflegeperson ist:		Ehe-/Lebenspartner		(Schwieger-)Tochter/Sohn		Mutter/Vater
		Freund(in)/Bekannte(r)		Betreuer(in)		
Pflegeperson ist als Betreuer(in) bevollmächtigt:				ja	nein	

Bettschutzeinlagen zur Wiederverwendung (waschbar)

- 3
- 75 x 85 cm, blau, Polyester/Viskose-Gemisch
 - Laminat-Technologie und hervorragender Komfort
 - Extrem hohes Saugvermögen – Saugstärke 2500 ml
 - Weiche und hautfreundliche Oberfläche
 - Garantiert optimalen Liegekomfort
 - Seitliche Einschlagflügel dienen zur besseren Fixierung an der Matratze
 - Die Bettschutzeinlagen können mehr als 300 Mal gewaschen werden



Abhängig von den Leistungen Ihrer Pflegekasse erhalten Sie 2 – 3 Bettschutzeinlagen zur Wiederverwendung.

Lieferungsadresse

4	den Versicherten	den Angehörigen	den Pflegedienst
	ACHTUNG: Bitte beiliegende Vollmacht ausfüllen und an uns zurücksenden!		

Pflegedienst (falls vorhanden):

5	Name Pflegedienst:	
	Straße, Nr.:	Telefon:
	PLZ, Ort:	Ansprechpartner:

Rechnungsempfänger (Nur bei privat Versicherten und/oder Beihilfeberechtigten):

6	den Versicherten	den Angehörigen

Ich habe die Datenschutzerklärung (<https://phmfokus.de/datenschutz/>) sowie die AGB (www.phmfokus.de/agb) der Pflegehilfsmittel FOKUS GmbH zur Kenntnis genommen und stimme zu, dass die angegebenen Daten elektronisch gespeichert und ausschließlich für den Bestell- bzw. Versorgungsvorgang verwendet werden.

Ich habe Interesse an weiteren Produkten und Dienstleistungen der Pflegehilfsmittel FOKUS GmbH und gestatte der Pflegehilfsmittel FOKUS GmbH als Betreiber meine oben genannten personenbezogenen Daten auch dafür zu verwenden. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft per E-Mail an: info@phmfokus.de widerrufen.

HINWEIS:

Der Versicherte/Pflegebedürftige hat das Recht selbst zu entscheiden bei welchem Lieferanten/Leistungserbringer er die benötigten Pflegehilfsmittel bestellt. Er ist auch frei, den Lieferanten jederzeit zu wechseln, ohne dass er hierdurch Nachteile bei der Versorgung durch den Pflegedienst befürchten muss.



Ort, Datum



Unterschrift Versicherte(r) oder Bevollmächtigte(r)

Versicherte/r:

Rot markierte Felder unbedingt ausfüllen!

1	Herr	Frau	Vorname:	Nachname:
	Straße, Nr.:			Geburtsdatum:
	PLZ, Ort:			
	Pflegekasse:		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.

Wird grundsätzlich benötigt	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
	Bettschutzeinlagen (60 x 90 cm, Einmalgebrauch, saugend)	54.45.01.0001
	Einmalhandschuhe (puderfrei)	54.99.01.1001
	Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
	Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
	Mundschutz (Einmalgebrauch)	54.99.01.2001
	Schutzschürzen (Einmalgebrauch, wasserabweisendes Folienmaterial)	54.99.01.3001

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

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

Ich beantrage die Kostenübernahme durch folgenden Leistungserbringer

3	Name und Anschrift: Pflegehilfsmittel FOKUS GmbH Bundesallee 185, 10717 Berlin	Institutionskennzeichen: IK #331 110 551
---	--	--



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 _____