provita gruppe

FORMULAR 1/1 (FÜR PROVITA GRUPPE)

Wunschpaket Pflegehilfsmittel

Pflegehilfsmittel-Paket im Wert von bis zu 42 € im Monat jetzt kostenfrei bestellen.

1 Ihre Auswahl *Kreuzen Sie zuerst bitte das gewünschte* **PROVIPACK***-Pflegehilfsmittelpaket an. Ihr Wunschpaket liefern wir Ihnen monatlich kostenfrei nach Hause. Ein Wechsel zwischen den Paketen ist jederzeit möglich. Kontaktieren Sie dazu einfach unseren Kundenservice. Wir bieten Ihnen folgende festgelegte Kombination an:*

Pflegehilfsmittel-Pakete	☐ PROVI PACK 1	☐ PROVI PACK 2	☐ PROVI PACK 3	☐ PROVI PACK 4	☐ PROVI PACK INDIVIDUAL
saugende Bettschutzeinlagen	30 St.	60 St.	80 St.	——	Individuelle Zusammenstellung der Produkte für max. 42 Euro. Kontaktieren Sie uns.
Einmalhandschuhe	100 St.	100 St.	——	400 St.	
Mundschutz	——	——	——	——	
Halbmasken (FFP 2)	——	——	——	——	
Händedesinfektion	500 ml	——	——	——	
Flächendesinfektion	500 ml	——	——	——	
Händedesinfektionstücher	——	——	——	——	
Flächendesinfektionstücher	——	——	——	——	

2 Eigenschaften Wählen Sie die gewünschte Handschuhgröße aus: ☐ **S** ☐ **M*** ☐ **L** ☐ **XL** **Standard bei Nichtauswahl*

3 Lieferung Senden Sie meine Lieferung bitte an diesen Empfänger: ☐ Frau ☐ Herr

☐ **Versicherte(r)** Name, Vorname ODER ☐ **Pflegeperson** Name, Vorname *Hier nur die wichtigste private Pflegeperson, die/den Betreuer(in) eintragen.*

Lieferadresse Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Pflegeperson ist ☐ Ehe-/Lebenspartner ☐ Verwandter ☐ Freund*in/Nachbar*in ☐ Ehrenamtliche(r)
☐ gesetzlich als Betreuer bevollmächtigt ☐ gesetzlich nicht bevollmächtigt

ODER LIEFERUNG AN

☐ **Pflegedienst/ Sozialstation:**

Bitte nur ausfüllen, wenn Ihr Paket, statt zu Ihnen, direkt an Ihren Pflegedienst geliefert werden soll.

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon, Email

Einverständnis und Hinweise *Nach §40 Abs.1 SGB XI haben Versicherte der gesetzlichen Pflegeversicherung Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln. Eine Verordnung sowie ein Rezept Ihres Arztes wird nicht benötigt. Die monatlichen Gesamtaufwendungen dürfen den Betrag von temporär max. 42 Euro nicht übersteigen. Ist der Pflegebedürftige beihilfeberechtigt, übernimmt die Pflegeversicherung den Betrag von maximal 21 Euro pro Monat. Sollten diese Leistungen auf Ihren Wunsch aufgrund abweichender Mengen oder Produkte überschritten werden, muss der Versicherte den Differenzbetrag selbst tragen. Ob ein Anspruch auf zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel besteht, prüft Ihre Pflegekasse.*

Dazu bitte den Antrag auf Kostenübernahme (analog Anlage 4) ausfüllen und Sie diesen an uns weitergeben. Gerne übernehmen wir für Sie die Beantragung. Erfolgt ein positiver Bescheid von der Pflegekasse, können Sie monatlich Pflegehilfsmittel kostenlos beziehen. Die Bearbeitungsdauer durch die jeweils zuständige Pflegekasse variiert zwischen 4 - 6 Wochen. Widerruft die Pflegekasse die Genehmigung, steht es provita arndt GmbH frei, die Zusendung der Pflegehilfsmittel zu beenden. Die Zusammenstellung Ihres Provipacks (Versorgungspaketes) können Sie jederzeit ändern. Den Änderungswunsch teilen Sie uns bitte mindestens 5 Tage vor Versand per Telefon, Post oder E-Mail mit. Die Dauerbelieferung mit dem Pflegepaket können Sie 14 Tage vor Monatsende kündigen.

☐ Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/den Pflegedienst zur Entgegennahme meiner Pflegepakete.
☐ Bitte informieren Sie mich schriftlich/telefonisch über interessante Angebote.
☐ Gerne können Sie mich zur Steigerung der Leistungsqualität & Kundenzufriedenheit befragen.

X Datum

X Unterschrift Versicherte(r) bzw. Bevollmächtigte(r)

Kundenservice

Sie haben Fragen? Wir sind gerne für Sie da, rufen Sie uns an:

03981 23 77 0

©2024/M043, Rev.2, 2026-01

provita gruppe

FORMULAR 1/2 (FÜR PROVITA GRUPPE)

Antrag auf Kostenübernahme

Pflegehilfsmittel-Paket im Wert von bis zu 42 € im Monat jetzt kostenfrei bestellen.

Persönliche Daten

Bitte füllen Sie das Formular vollständig in Druckbuchstaben aus. Bitte nur die hellblauen Felder ausfüllen, die grauen Felder werden durch die Pflegekasse vervollständigt.

Versicherte(r) ☐ Frau ☐ Herr Geburtsdatum

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon, Email

Versichertnr./ Pflegek.

Versicherte(r) ist

☐ gesetzl. pflegeversichert
☐ priv. pflegeversichert
☐ beihilfeberechtigt
☐ via Sozialamt versichert

und hat den Pflegegrad

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Versicherte(r) bezieht
☐ Pflegegeld § 37 (Pflege erfolgt nur durch Angehörige/private Pflegeperson)
☐ Kombinationsleistung § 38 (Pflege durch Angehörige/private Pflegeperson und Pflegedienst)
☐ Pflegesachleistung § 36 (Pflege erfolgt nur durch ambulanten Pflegedienst)

Ich beantrage die Kostenübernahme für:

☐ zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis max. des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI/bei Beihilfeberechtigung bis max. der Hälfte davon. **Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.** *Hinweis: Kreuzen Sie alle Artikel an, die Ihren Pflegebedarf auch künftig abdecken, um die Pflegepakete wechseln zu können. Bitte nur die vorderen Felder ausfüllen, graue Felder sind der Pflegekasse vorbestimmt.*

Pflegehilfsmittel	Positionsnummer
☐ saugende Bettschutzeinlagen (Einmalgebrauch)	54.45.01.0001
☐ Fingerlinge (unsteril)	54.99.01.0001
☐ Einmalhandschuhe (unsteril)	54.99.01.1001
☐ Medizinische Gesichtsmasken	54.99.01.2001
☐ Partikelfiltrierende Halbmasken (FFP 2)	54.99.01.5001
☐ Schutzschürzen (Einmalgebrauch)	54.99.01.3001
☐ Schutzschürzen (wiederverwendbar)	54.99.01.3002
☐ Schutzservietten zum Einmalgebrauch	54.99.01.4001
☐ Händedesinfektionsmittel	54.99.02.0001
☐ Flächendesinfektionsmittel	54.99.02.0002
☐ Händedesinfektionstücher	54.99.02.0014
☐ Flächendesinfektionstücher	54.99.02.0015

☐ **Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.**

☐ saugende Bettschutzeinlagen, wiederverwendbar	51.40.01.4124

©2024/M043, Rev.2, 2026-01

provita arndt GmbH Kranichstraße 6, 17235 Neustrelitz • **TEL** 03981 23 77 0 • **FAX** 03981 23 77 23 • **MAIL** info@provita-arndt.de • **WEB** www.provita-arndt.de

FORMULAR 2/2 (FÜR PROVITA GRUPPE)

Antrag auf Kostenübernahme

Pflegehilfsmittel-Paket im Wert von bis zu 42 € im Monat jetzt kostenfrei bestellen.

Persönliche Daten

Bitte füllen Sie das Formular vollständig in Druckbuchstaben aus. Bitte nur die hellblauen Felder ausfüllen, die grauen Felder werden durch die Pflegekasse vervollständigt.

Versicherte(r) ☐ Frau ☐ Herr Geburtsdatum

Name, Vorname

Leistungserbringer

provita arndt GmbH
Kranichstraße 6
17235 Neustrelitz
IK-Nr. : 331300722

Beratungsleistung

Der Mitarbeiter/Mitarbeiterin des oben genannten Leistungserringers hat

☐ mich persönlich und/oder ☐ meine Betreuungsperson (ges. Vertreter/Bevollmächtigten/Angehörigen)

Inhalt des Beratungsgesprächs:

☐ Ich wurde vor der Übergabe des Pflegehilfsmittels/der Pflegehilfsmittel von dem vorgenannten Leistungserbringer umfassend beraten. Insbesondere darüber welche Produkte und Versorgungsmöglichkeiten für meine konkrete Versorgungssituation geeignet und notwendig sind, sowie die ich ohne Mehrkosten erhalten kann.

☐ Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass die Pflegekasse die Kosten nur für solche Pflegehilfsmittel und in dem finanziellen Umfang übernimmt, für die ich eine Kostenübernahmeerklärung durch die Pflegekasse erhalten habe. **Darüber hinausgehende Kosten werden von mir selbst getragen.**

Form des Beratungsgesprächs:

☐ Beratung in den Geschäftsräumen ☐ Individuelle telefonische oder digitale Beratung (z. B. Videochat)

☐ Beratung in in der Häuslichkeit bzw. Pflegeeinrichtung

Datum der Beratung

Beratende/r Mitarbeiter/in

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich von dem Leistungserbringer provita arndt GmbH umfassend beraten wurde und die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante häusliche Pflege durch eine private Pflegeperson verwendet werden.

X Datum, Unterschrift Versicherte(r) bzw. Bevollmächtigte(r)

Genehmigungsvermerk Pflegekasse *(Wird durch die Pflegekasse ausgefüllt)*

☐ PG 54
bis max. des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

☐ PG 54 Beihilfeberechtigung
bis max. der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI

☐ PG 51 mit Zuzahlung

☐ PG 51 ohne Zuzahlung

☐ PG 51 mit Zuzahlung/ beihilfeberechtigt

☐ PG 51 ohne Zuzahlung/ beihilfeber.

Datum, IK, Stempel und Unterschrift der Pflegekasse

©2024/M043, Rev.2, 2026-01

BEZUG VON PFLEGEHILFSMITTELN

Wechselerklärung

Sie beziehen bereits Pflegehilfsmittel und möchten von uns versorgt werden? Einfach ausfüllen und wechseln. Wir sind gerne für Sie da!

Bitte füllen Sie das Formular vollständig in Druckbuchstaben aus. Damit ein Lieferantenwechsel für die Pflegehilfsmittelversorgung stattfinden kann, bekommt Ihre Pflegekasse dieses Formular zur Kenntnisnahme. Bitte informieren Sie auch Ihren bisherigen Leistungserbringer über die Beendigung der Versorgung, um Doppelbelieferungen zu vermeiden.

Name und Anschrift Ihrer Pflegekasse

Sehr geehrte Damen und Herren,

hiermit möchte ich zum _____ den Bezug der zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel bei meinem bisherigen Versorger kündigen.

Ich mache von meinem Wahlrecht Gebrauch und möchte ab dem _____ die Pflegehilfsmittel für mich bzw. meine Pflegeperson von folgendem Versorger beziehen:

provita arndt GmbH
Kranichstraße 6
17235 Neustrelitz

IK-Nr. : 331300722

Persönliche Daten

Versicherte(r) ☐ Frau ☐ Herr Geburtsdatum

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon, Email

Versichertnr./ Pflegek.

Versicherte(r) ist

☐ gesetzl. pflegeversichert
☐ priv. pflegeversichert
☐ beihilfeberechtigt
☐ via Sozialamt versichert

und hat den Pflegegrad

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Mit der Bitte um Übertragung der bisherigen Kostenzusage auf den neuen Leistungserbringer und mit freundlichen Grüßen

X Datum

X Unterschrift Versicherte(r) bzw. Bevollmächtigte(r)

©2024/M043, Rev.1, 2025-04