

# 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.

|                               |   |      |              |                               |
|-------------------------------|---|------|--------------|-------------------------------|
| <b>Versicherte(r)</b>         | Frau  | Herr | Geburtsdatum | <b>Versicherte(r) ist</b>     |
| Name, Vorname                 |   |      |              | gesetzl. pflegeversichert     |
| Straße, Hausnr.               |   |      |              | priv. pflegeversichert        |
| PLZ, Ort                      |   |      |              | beihilfeberechtigt            |
| Telefon, Email                |   |      |              | via Sozialamt versichert      |
| Versichertnr./ Pflegek.       |   |      |              | <b>und hat den Pflegegrad</b> |
|                               |   |      |              | 0 1 2 3 4 5                   |
| <b>Versicherte(r) bezieht</b> | Pflegegeld § 37 (Pflege erfolgt nur durch Angehörige/private Pflegeperson)<br>Kombinationsleistung § 38 (Pflege durch Angehörige/private Pflegeperson und Pflegedienst)<br>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 Pflegepakte wechseln zu können.  
 Bitte nur die vorderen Felder ausfüllen, graue Felder sind der Pflegekasse vorbestimmt.

| <b>Pflegehilfsmittel</b>  | <b>Positionsnummer</b> |
|---|------------------------|
| 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          |
| <b>Pflegehilfsmittel zur Körperpflege/-hygiene (PG 51) unter Abzug der gesetzlichen Zuzahlung, soweit keine Befreiung vorliegt.</b> |                        |
| saugende Bettschutzeinl., wiederverwendbar  | 51.40.01.4124          |

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich von dem Leistungserbringer provita arndt GmbH (IK-Nr. 331300722) 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)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> PG 54<br>bis max. des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI                                 | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung                     |
| <input type="checkbox"/> PG 54 Beihilfeberechtigung<br>bis max. der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Absatz 2 SGB XI | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung                    |
|   | <input type="checkbox"/> PG 51 mit Zuzahlung/ beihilfeberechtigt |
|   | <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung/ beihilfeber.      |

Datum, IK, Stempel und Unterschrift der Pflegekasse

- 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    | PROVIPACK | PROVIPACK | PROVIPACK | PROVIPACK | PROVIPACK INDIVIDUAL |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------------|
| saugende Bettschutzeinlagen | 30 St.    | 60 St.    | 80 St.    | —         |                      |
| Einmalhandschuhe            | 100 St.   | 100 St.   | —         | 400 St.   |                      |
| Mundschutz                  | —         | —         | —         | —         |                      |
| Halbmasken (FFP 2)          | —         | —         | —         | —         |                      |
| Händedesinfektion           | 500 ml    | —         | —         | —         |                      |
| Flächendesinfektion         | 500 ml    | —         | —         | —         |                      |
| Händedesinfektionstücher    | —         | —         | —         | —         |                      |
| Flächendesinfektionstücher  | —         | —         | —         | —         |                      |

Individuelle Zusammenstellung der Produkte für max. 42 Euro. Kontaktieren Sie uns.

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

- 3 Lieferinformationen** Bitte füllen Sie das Formular vollständig in Druckbuchstaben aus.

Senden Sie meine Lieferung bitte an diesen Empfänger: **Frau** **Herr**

Hier bitte nur die wichtigste private Pflegeperson, die/den Betreuer(in) eintragen.

**Versicherte(r) Name, Vorname** **ODER** **Pflegeperson Name, Vorname**

**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 kostenfrei 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 Profipacks (Versorgungspakets) 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 bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme meiner Pflegepaketes.

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:

**0398123 77 0**

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 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 | Versicherte(r) ist        | und hat den Pflegegrad |
|-------------------------|------|------|--------------|---------------------------|------------------------|
| Name, Vorname           |      |      |              | gesetzl. pflegeversichert | 0 1 2 3 4 5            |
| Straße, Hausnr.         |      |      |              | priv. pflegeversichert    |                        |
| PLZ, Ort                |      |      |              | beihilfeberechtigt        |                        |
| Telefon, Email          |      |      |              | via Sozialamt versichert  |                        |
| Versichertnr./ Pflegek. |      |      |              |                           |                        |

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)