

(Name, Vorname)	(Geburtsdatum)	(Pflegekasse, Versichertennummer)
(Straße, PLZ, Wohnort)		

Abweichende Lieferadresse:

an den Pflegedienst oder:

Ich bitte um Dauergenehmigung und beantrage die Kostenübernahme für:

<input checked="" type="checkbox"/> <b>JA</b>	Zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel – Produktgruppe (PG 54) – bis maximal 40,00 € / bei Beihilfeberechtigung bis maximal 20,00 € monatlich. Darüber hinaus gehende Kosten werden von mir selbst getragen.
---	---

Nur vom Pflegebedürftigen auszufüllen

Artikel	Größe	Menge / Preis	Positionsnummer	benötigt	Bemerkungen
1- Bettschutzeinlagen Einmalgebrauch		50 Stk. 21,00 €)	54.45.01.0001	x	
2- Einmalhandschuhe Verfügbar: M, L, XL Standard Größe L		100 Stk. (7,00 €)	54.99.01.1001	x	
3- Händedesinfektionsmittel		500 ml(8,00 €)	54.99.02.0001	x	
4- Flächendesinfektionsmittel		500 ml (6,00 €)	54.99.02.0002	x	
5- Mundschutz		50 Stk. (7,00 €)	54.99.01.2001	x	
6- Schutzschürzen-Einmalgebrauch		100 Stk. (13,00€)	54.99.01.3001	x	
7- Schutzschürzen wiederverwendbar		pro Stk. (25,00 €)	54.99.01.3002	x	
8- Fingerlinge		100 Stk. (5,00 €)	54.99.01.0001	x	
9- Einmal -Lätzchen		50 Stk (13 €)	54.99.01.4001	x	
10- FFP2 o. vergleichbare Masken		10 Stk. (10,00 €)	54.99.01.5001	x	

<input checked="" type="checkbox"/> <b>JA</b>	<b>Pflegehilfsmittel zur Körperpflege (PG 51)</b> unter Abzug eines Eigenanteils von 10 v. H., soweit keine Befreiung nach § 40 Abs. 3 Satz 5 SGB XI
---	--

saugende Bettschutzeinlagen –wiederverwendbar Menge/Preis pro Stk. 25,00 € benötigt werden :  ja  nein Anzahl / Einheit: 4 x Jahr

Um eine möglichst ganzheitliche Pflege zu gewährleisten, ist es notwendig alle an der Pflege beteiligten Personen von den in der Dokumentation festgehaltenen Daten Kenntnis nehmen zu lassen. Die Mitarbeiter/innen des Leistungserbringers sind zur Verschwiegenheit über alle persönlichen und gesundheitlichen Belange des Leistungsempfängers zu verpflichten. Soweit es zur Durchführung der Leistungserbringung erforderlich ist, dürfen personenbezogene Daten des Leistungsempfängers gespeichert oder an Dritte (z.B. Kostenträger, ggf. Abrechnungsstelle, behandelnde Ärzte, Therapeuten, stationäre Einrichtungen) schriftlich, per Email oder per Fax übermittelt werden. *Über Angebote darf mich der Leistungserbringer per Post, E-Mail, SMS, WhatsApp und telefonisch kontaktieren.*

Standard Paket  25  50  100  200  1000  2000

ja Hiermit bevollmächtige ich die Pflegeperson/Betreuung bzw. den Pflegedienst zur Entgegennahme meiner Pflegepakete.

**WECHSEL ERKLÄRUNG:** Ich beauftrage die Himidu mit der Lieferung der oben genannten Pflegehilfsmittel für den Zeitraum der Bewilligung der Kostenübernahme sowie mit der Abrechnung der Kosten direkt mit meiner Pflegekasse. Bitte hinterlegen Sie die Himidu mit Eingang diesen Schreibens als meinen Leistungserbringer für Pflegehilfsmittel und streichen Sie gg.falls bereits vorhandene, andere Lieferanten. Die Himidu und die beauftragten Unternehmen dürfen meine Daten zum Zweck der Leistungserbringung speichern und verarbeiten. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass die gewünschten Produkte ausnahmslos für die ambulante private Pflege verwendet werden. Fa Himidu ist in Hinblick auf die/das o.g. Hilfsmittel der Ansprechpartner meines Vertrauens. Die Leistung bzw. Versorgung soll durch der Himidu ab sofort für mich erbracht werden.



<p>Mein bevorzugter Lieferant</p> <p><b>www.himidu.de</b></p> <p><b>www.himidu.de/hilfe</b></p> <p><b>IK: 332516096</b></p>
<p>Postfach 18 03 07 47173 Duisburg Fax: 0203 - 5008 6566 mail@himidu.de</p>
<p>An PK gefaxt am:</p> <p>An PK zugesandt am:</p> <p>AP:</p>

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse	
<input type="checkbox"/>	PG 54 bis maximal des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
<input type="checkbox"/>	PG 54 Beihilfeberechtigung bis maximal der Hälfte des monatlichen Höchstbetrages nach § 40 Abs. 2 SGB XI
<input type="checkbox"/>	PG 51 mit Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
<input type="checkbox"/>	PG 51 ohne Zuzahlung/Beihilfeberechtigter
<input type="checkbox"/>	PG 51 mit Zuzahlung <input type="checkbox"/> PG 51 ohne Zuzahlung

(IK der Pflegekasse, Stempel und Unterschrift) Datum